

Informe sobre
Iniciativas Especiales
No. 11

**Cuentas Nacionales
de Salud: Mexico**

Septiembre de 1998



Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En colaboración con:

Development Associates, Inc. ■ Harvard School of Public Health ■
Howard University International Affairs Center ■ University Research Co., LLC



Misión

El Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de ingresos bajos y medios por apoyar reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de atención de salud eficientes, sostenibles y de calidad. En asociación con colaboradores locales, PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas clave:

- ▲ *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud*
- ▲ *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables*
- ▲ *Mejorar la organización y gestión de sistemas de salud*
- ▲ *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y de calidad*

PHR avanza el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y guía el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma del sector salud.

Septiembre de 1998

Recommended Citation

Partnerships for Health Reform Project. Septiembre de 1998. *Cuentas Nacionales de Salud: Mexico*. Informe sobre Iniciativas Especiales 11. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.

Si desean recibir copias adicionales de este informe, diríjense al PHR Resource Center en PHR-InfoCenter@abtassoc.com o visiten nuestro punto de la red www.phrproject.com.

Contrato No.: HRN-C-00-95-00024

Proyecto No.: 936-5974.13

Presentado a: Robert Emrey, COTR
Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Colaboradores

Dirección General:

Beatriz Zurita Garza

Responsable del Proyecto:

Patricia Hernandez Peña

Investigadores:

Teresita de J. Ramírez Sanchez

Oscar Méndez Carniado

Ana Gamble

Manuel Recio Soliscarlos Cruz Rivero

Asesoría:

Julio Frenk

Peter Berman

Jorge Muñz

Rosa María Rodríguez

Jose Luis Resendiz

Cuauhtémoc Valdés

Fernando Alvarez

Rodrigo Sanchez Michel

Sergio García García

Índice

Siglas	ix
Resumen	xi
1. Introducción	1
2. El Sistema Nacional de Salud en México	3
2.1 El Sistema Nacional de Salud en México	3
2.2 Características de la población.....	3
2.3 Necesidades de salud.....	3
2.4 Composición del Sistema Nacional de Salud	4
2.4.1 Organización	4
2.4.2 Recursos	5
2.4.3 Demanda y oferta de servicios	6
2.5 La Reforma del Sector Salud	7
2.6 La Gestión financiera en el SNS.....	7
2.6.1 Servicios públicos.....	7
2.6.2 Servicios privados de salud.....	9
3. Las Cuentas Nacionales de Salud.....	11
3.1 Gasto en salud.....	11
3.2 Fuentes de financiamiento	13
3.3 Agentes de Financiamiento.....	14
3.4 Flujo de recursos de los agentes de financiamiento hacia las instituciones prestadoras de los servicios.....	15
3.5 Gasto por tipo de servicio	16
3.6 Tipo de gasto.....	20
3.7 Distribución del gasto en el país.	22
3.8 El gasto de los hogares	29
4. Las Cuentas Nacionales de Salud y la Reforma Actual del Sistema Nacional de Salud en México	31
4.1 Las Cuentas Nacionales de la Salud como Herramienta de Gestión Financiera del Sistema Nacional de Salud.	34
4.2 Limitaciones y perspectivas.....	35
5. Matrices.....	37
Anexo 1: Marco Legal de la Gestión Financiera de los Servicios Públicos en México.....	47
Anexo 2: Metodología de Estimación de las Cuentas Nacionales de Salud	49
Anexo 3: Gasto Estatal en Salud	63
Anexo 4: Gasto en Salud de los Hogares.....	73

Anexo 5: Las instituciones privadas sin fines de lucro que proporcionan servicios de salud en México: Estudio piloto.....	93
Bibliografía.....	107

Cuadros

Cuadro 1. Las Quince Principales Causas de Muerte en México 1975-1995.....	4
Cuadro 2. Distribución de la población por tipo de cobertura según institución. México, 1995	5
Cuadro 3. Infraestructura del Sistema Nacional de Salud.....	5
Cuadro 4. Distribución de la Oferta y la Demanda de Servicios Hospitalarios por Institución. México, 1994.....	6
Cuadro 5. Gasto en Salud Público, Privado y por Persona. México, 1992-1995.....	12
Cuadro 6. Gasto Público en Atención Curativa y Preventiva Según Institución. México, 1995	18
Cuadro 7. Distribución del Gasto Según Lugar de Atención y Tipo de Servicio. México, 1995	19
Cuadro 8. Las Herramientas de la Gestión Financiera del SNS en México.	35

Cuadros en los anexos

Cuadro 4.1. Relación del gasto en salud de los hogares según su decil de ingreso total.....	74
Cuadro 4.2. Gasto en salud de los hogares según decil de ingreso corriente	75
Cuadro 4.3. Gasto en salud de los hogares según decil de gasto total	76
Cuadro 4.4. Relación ingreso-gasto total de los hogares. México, 1994	77
Cuadro 4.5. Servicios de salud utilizados por institución según cobertura de la Población. México, 1994.....	78
Cuadro 4.6. Gasto promedio por evento de atención, según región geográfica. México, 1994.....	89
Cuadro 4.7. Gasto anual de bolsillo en salud por persona según tipo y entidad. México, 1994	90
Cuadro 4.8. Gasto en salud promedio por evento de atención según región geográfica y aseguramiento. México, 1994.....	91
Cuadro 5.1. Fuentes de financiamiento de las IPSFL. México, 1995	97
Cuadro 5.2. Distribución del gasto por usuario en las IPSFL estudiadas. México, 1995.....	99
Cuadro 5.3. Distribución del objeto de gasto en salud de las IPSFL, 1995.....	101

Gráficas

Gráfica 1. Gasto en Salud por habitante a precios de 1993. México, 1992-1995.....	13
Gráfica 2. Distribución del Gasto en Salud por Tipo de Fuente. México, 1992-1995.....	14
Gráfica 3. Gasto en Salud por Tipo de Agente. México, 1995.....	16
Gráfica 4. Gasto por Usuario y Servicio en Instituciones Públicas. México, 1992-1995.....	17
Gráfica 5. Gasto por Usuario en Instituciones Públicas y de Seguridad Social. México, 1995.....	20
Gráfica 6. Tipo de Gasto en las Instituciones Públicas y de Seguridad Social. México, 1992-1995.....	21
Gráfica 7. Categorías de Gasto en los Servicios Públicos y Privados de Salud. México, 1995.....	22
Gráfica 8. Gasto en Salud Como Porcentaje del P.I.B. Estatal por Tipo de Agente.....	24
Gráfica 9. Gasto por Habitante Según Tipo de Agente, Entidad y Nivel de Transición Epidemiológica. México, 1995.....	26
Gráfica 10. Gasto Público por Usuario en Servicios Preventivos y Curativos Según Regiones de Transición Epidemiológica. México, 1995.....	27
Gráfica 11. Gasto estatal en salud como porcentaje del P.I.B. según nivel de Transición Epidemiológica. México, 1995.....	28

Gráficas en los anexos

Gráfica 3.1 Gasto en salud como porcentaje del P.I.B. estatal por tipo de agente. México, 1995.....	65
Gráfica 3.2 Gasto en salud por habitante por tipo de agente. México, 1995.....	67
Gráfica 3.3. Gasto por habitante según tipo de agente, entidad y nivel de transición epidemiológica. México, 1995.....	69
Gráfica 3.4. Porcentaje del gasto público según programa curativo y preventivo.....	70
Gráfica 3.5. Gasto público por usuario en programas preventivo y curativo Según regiones de transición epidemiológica. México, 1995.....	71
Gráfica 4.1. Gasto en salud según deciles de ingreso total. México, 1994.....	74
Gráfica 4.2. Gasto en salud de los hogares como proporción del ingreso corriente según deciles de ingreso corriente. México, 1994.....	75
Gráfica 4.3. Gasto en salud según los deciles de gasto total de los hogares. México, 1994.....	76
Gráfica 4.4. Relación ingreso/gasto total de los hogares según decil de ingreso total. México, 1994.....	78
Gráfica 4.5. Servicios de salud que utilizó la población enferma según deciles de ingreso. México, 1994.....	79
Gráfica 4.6. Gasto privado en salud según cobertura y tipo de servicio utilizado.....	79
Gráfica 4.7. Gasto en salud por nivel de ingreso disponible según deciles de ingreso total. México, 1994.....	80

Gráfica 4.8. Gasto promedio anual del hogar, gasto total y gasto en salud, como porcentajes del gasto total por nivel de ingreso. México. 1994.....	81
Gráfica 4.9. Gasto total y promedio en salud anual por tipo de gasto y nivel de ingreso. México, 1994.....	82
Gráfica 4.10 Distribución del gasto en salud por tipo y nivel de ingreso. México, 1994.....	83
Gráfica 4.11. Composición del gasto en salud por nivel de ingreso. México, 1994	84
Gráfica 4.12. Porcentaje del gasto en salud del total del gasto de los hogares por estado. México, 1994.....	85
Gráfica 4.13. Gasto promedio anual en salud por estado. México, 1994	85
Gráfica 4.14. Gasto promedio anual en salud por persona, según nivel de ingreso en salarios mínimos. México, 1994.....	86
Gráfica 4.15. Gasto anual percapita total y de bolsillo en salud por nivel de ingreso del hogar. México, 1994.....	87
Gráfica 4.16. Gasto en salud percápita por tipo de gasto de bolsillo en salud según niveles de ingreso. México, 1994.....	88
Gráfica 4.17. Gasto en salud percápita por nivel de ingreso según tipo de gasto de bolsillo. México, 1994	88
Gráfica 5.1. Ingresos, egresos y saldo por IPSFL. México, 1995.....	98
Gráfica 5.2. Población total atendida por las IPSFL según tipo de especialidad. México, 1995	100
Gráfica 5.3. Distribución porcentual por objeto de gasto en salud en las IPSFL. México, 1995	102

Mapas

Mapa 1.....	23
Mapa 3.1. Gasto total en salud por habitante, México 1995	63

Siglas

AMIS	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
CANIFARMA	Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica Mexicana
CEMEFI	Centro Mexicano de Filantropía
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
DDF	Departamento del Distrito Federal
DIF	Desarrollo Integral para la Familia
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-SOL	Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INI	Instituto Nacional Indigenista
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
JAP	Junta de Asistencia Privada
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
SCNM	Sistema de Cuentas Nacionales de México
SECUENTA	Sistema de Cuentas Estatales Públicas de Salud en los Estados
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSA	Secretaría de Salud
USD	Dólares de Estados Unidos de América

Resumen

El proceso de reforma en el SNS ha hecho evidente la necesidad de estudiar el gasto en salud. Este es el objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud, que constituyen un análisis de los recursos financieros del SNS en sus diferentes componentes institucionales, tanto públicos -de seguridad social y servicios para la población no asegurada- como privados. Dicha contabilidad se realiza anualmente para identificar los montos financieros del SNS y su distribución.

La estimación de las cuentas nacionales de salud (CNS) representa una herramienta útil para la toma de decisiones y el seguimiento de políticas dentro de la reforma del sector en México. En este documento se presenta la actualización a 1995 de las CNS. El análisis del gasto en salud se realiza anualmente por FUNSALUD, con datos de 1992 a la fecha, a nivel nacional y estatal, tanto para el sector público como el privado. Dicho gasto refleja los recursos financieros ejercidos con el fin de elevar y conservar la salud de la población. La integración de la información que se presenta incluye las diversas instituciones que brindan servicios de salud, tanto públicas como privadas, si bien no considera las actividades de asistencia y prestaciones sociales.

El gasto en salud de 1995 es superior a 100 mil millones de pesos, ó 15 mil millones de dólares y equivale a 5.5% del PIB. La cifra muestra un incremento a precios corrientes que, no obstante, no consigue superar al crecimiento de la inflación, y una caída por primera vez desde 1992 a precios de 1993. El gasto privado representa 57% del gasto total en salud y es superior al gasto público en salud (43%). En términos de la población total del país, el gasto promedio total por habitante fue de \$1,107 (USD \$168), de los cuales, \$480 (USD \$73) se ejercieron como gasto público y \$627 (USD \$95) como gasto privado.

La distribución del gasto en salud por tipo de fuente en 1995 fue de 63.6% para los hogares, 21.8% por las empresas, 13.8% del Gobierno Federal, 0.6% del Gobierno Estatal y 0.2% provino de los recursos externos.

Las contribuciones directas se canalizan principalmente hacia los agentes de la seguridad social, en donde los aportes más elevados corresponden a las empresas (62%). La mayor parte de los agentes de la seguridad social reciben recursos federales, con un mínimo aporte de los gobiernos estatales. Los aportes indirectos se aplican principalmente en los agentes para los no asegurados. Estos recursos provienen fundamentalmente del gobierno federal (93%). El 40% de su aporte se dirige hacia la seguridad social. Los gobiernos de los estados aportan 6% del gasto total, y 19% de su contribución se dirige hacia la seguridad social. Los agentes privados muestran el predominio de aportación de los hogares (99%), que es complementada por las empresas (1%).

La distribución del gasto de las instituciones públicas por programa se analiza según sus reportes a la SHCP. En 1995 el gasto de las instituciones públicas de salud fue de 43,050 millones de nuevos pesos (USD\$6,523), que se distribuyeron en tres tipos de programas: de administración, planeación y capacitación (18%), de atención directa a la población, que incluyen atención curativa y preventiva (73%), y programas de apoyo como el fomento a la salud, la investigación, la producción de insumos y la construcción y conservación de infraestructura (9%). Las actividades de atención preventiva y curativa recibieron conjuntamente la mayor proporción de los recursos (9% y 79% respectivamente).

Se carece de un registro del gasto por servicio en las instituciones de salud privadas; sin embargo, la información sobre estas unidades muestra la heterogeneidad de su tamaño. En ellas el gasto administrativo pudiera ser proporcional a su tamaño. Salvo excepciones, el gasto en acciones de

capacitación e investigación serán reducidas. Por ello se presupone que el gasto en los servicios privados se orienta en su mayor parte a actividades de curación y prevención.

Al interior de las actividades curativas, la distribución del gasto es heterogénea. En promedio, casi 60% de los recursos se dirigen a la atención hospitalaria, en la que 2/3 partes son para hospitalización general y 1/3 para hospitalización especializada. El 30% del gasto es para la consulta externa general, y el 10% para la consulta externa especializada. Los recursos restantes se destinan principalmente a la atención de casos de urgencias, emergencias y desastres y, en menor proporción, a la rehabilitación. Al interior de las instituciones las divergencias en la distribución del gasto reflejan la diversidad de la atención que brindan.

Además de la clasificación por tipo de servicio, el registro del gasto institucional público propuesto por la SHCP refiere a los factores de la producción, mismo que no está disponible para la totalidad de instituciones del sector. De acuerdo con esta última clasificación, el principal concepto es el de materiales y suministros, que incluye el gasto de los hogares en medicamentos en las farmacias (34%). El segundo concepto en importancia es el gasto en remuneraciones (32%); esto se explica porque, además del personal involucrado en los servicios finales y la elevada proporción de trabajadores de la salud especializados, las actividades del SNS requieren de múltiples actividades de apoyo que involucran a un amplio volumen de población. Sólo en el caso del ISSSTE y PEMEX, este concepto de gasto no concentra la mayor proporción de recursos, lo que puede atribuirse al hecho de que el pago de honorarios se registra como parte de los consumos intermedios en los servicios generales. En las instituciones públicas, el monto de este gasto oscila entre 24% y 74%. En los servicios privados representa 19% del total.

Le sigue en importancia el renglón de los servicios generales son los servicios generales (32%), que incluye a todos los servicios de apoyo a la actividad central, tales como la limpieza, mantenimiento, asesoría y capacitación, los estudios e investigaciones y las subrogaciones, cuyo valor representa entre 11 y 62% del total. En el caso de IMSS-Solidaridad, el gasto en materiales y suministros es superior que el de servicios generales, y en el caso del ISSSTE y PEMEX, este último concepto de gasto recibe el mayor monto. Los servicios privados presentan una cifra promedio de 32%.

El gasto en infraestructura es el que consume la menor proporción de los recursos tanto en los servicios públicos y de seguridad social (3 a 15%) como en los privados (6 a 8%).

Dentro del gasto privado, el gasto de bolsillo corresponde a 98%. El prepago tan sólo representa 1.4% del gasto total en salud. Dentro del gasto público, los recursos se concentran en agentes para la seguridad social, cuyo gasto por habitante supera hasta en cuatro veces el gasto de los agentes para no asegurados. Si la estimación se realiza por población usuaria e institución, la diferencia en el gasto llega a ser en los casos extremos de US\$32 en el IMSS Solidaridad y US\$393 en los servicios de PEMEX. Al analizar el gasto en salud total por habitante y por estado observamos diferencias hasta de 10 veces; dichas diferencias se presentan principalmente a expensas del gasto privado.

Si se agrupan las entidades según las necesidades de salud y se utiliza como proxy del avance en la transición epidemiológica la mortalidad de adultos y de menores de 5 años, se observa entonces que a mayor necesidad menor el gasto en salud. En particular, las zonas de rezago muestran un menor gasto privado. Se observa también inequidad en la distribución del gasto por zona geográfica, lo que muestra la necesidad de reorientar el gasto en salud hacia las entidades con mayor rezago epidemiológico. Igualmente recomendable sería dar mayores recursos a las actividades preventivas que actualmente están poco financiadas. Asimismo, es necesario incrementar el gasto para los no asegurados pobres, así como desarrollar y regular el mercado privado, y fomentar modalidades de financiamiento que movilicen los gastos privados de bolsillo hacia el prepago, que no amenacen la economía familiar.

La estimación de las CNS muestra limitaciones, principalmente asociadas a la falta de información disponible para las instituciones del sector. Las mayores carencias de registro se identifican en los servicios privados pero incluyen también a algunas instituciones públicas. En particular, se carece de información desagregada del gasto en salud según tipo de unidad de servicio y área geográfica, principalmente.

El análisis continuo del gasto en salud permitirá evaluar el efecto de las políticas del gasto en aspectos tales como al equidad. La actualización anual de las estimaciones en México ha permitido construir una base de datos que ampliará los análisis realizados hasta ahora, incluyendo análisis sobre la efectividad del SNS.

Las CNS representan una herramienta parcial para las necesidades de evaluación de las políticas del sector, por lo que sería necesario ampliar su uso para potenciar los alcances evaluativos en el sistema. Ello implica la realización simultánea de estudios sobre la efectividad, entre otros, que necesariamente deberán alcanzar niveles de desagregación tales que permitan la toma de decisiones a nivel estatal, por institución y programa.

1. Introducción

En el contexto de la comunidad mundial, México es un país de ingreso medio, que inició un proceso de reforma política, económica y social desde hace casi una década. Dentro del sector salud, la reforma aún no concluye. A partir de 1994, la estimación de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) que ha llevado a cabo FUNSALUD, ha constituido una herramienta de apoyo para orientar la reforma y dar seguimiento al proceso.

Este informe presenta la estimación de las CNS para 1995, que es la actualización de la serie nacional que inició en 1992 y la primera estimación a nivel estatal. La primera sección describe la situación del sector salud en México, los procesos de reforma que han emprendido y las características de su gestión financiera. El segundo apartado describe los resultados de la estimación, integrados en forma matricial, con la información de los flujos financieros dentro del sector. Más adelante se analizan los resultados, relacionando los hallazgos con los procesos de reforma del sector y mostrando la utilidad potencial de las CNS. Por último, se resumen las conclusiones del trabajo, tanto metodológicas, como las que se refieren a los hallazgos. El detalle metodológico y financiero del sector, así como el desglose de la información por entidad federativa se presenta en los anexos con los que concluye el documento.

2. El Sistema Nacional de Salud en México

2.1 El Sistema Nacional de Salud en México

Este apartado describe en términos generales el contexto y las necesidades de salud en México, así como la composición, organización, disponibilidad de recursos y la gestión financiera que caracterizan al sistema nacional de salud (SNS).

2.2 Características de la población

El reto fundamental del sector es dar atención a toda la población del país, que en 1995 era casi de 91 millones de mexicanos. Ésta se encontraba distribuida en 32 entidades federativas¹. El 75% de la población se asentaba en localidades urbanas. Asimismo, la población del país era relativamente joven, pues 46% pertenecía al grupo de 15 a 44 años, 24%, al grupo de 5 a 14 años, y 12% era menor de cuatro años (INEGI. 1995).

Las características socioeconómicas de la población muestran un panorama de desigualdades y complejidad sociales. La escolaridad, por ejemplo, ha sido promovida activamente desde hace varias décadas, a pesar de lo cual, actualmente, 7.8% de los niños de 6 a 14 años no asisten a la escuela. El promedio de escolaridad entre los adultos es de 7.2 años.

Por otro lado, en 1995, la población económicamente activa (PEA) en el país era de 50 millones de habitantes, de los cuales casi 43 millones eran trabajadores remunerados. Entre ellos, casi 20% percibía menos de 1 salario mínimo (20 pesos diarios, equivalentes a 3 dólares por día), más de un tercio ganaba de 1 a 2 salarios mínimos, 25% recibía de 2 a 5 (6 a 30 dólares por día) y 10% más de 5 salarios mínimos (más de 15 dólares diarios). Se ha estimado que, en 1997, la población asegurada percibía un salario promedio de 3.2 salarios mínimos (\$2,505 mensuales, equivalentes a 295 dólares).

Las condiciones de infraestructura de servicios y vivienda en el país han logrado resolverse principalmente en las zonas urbanas; sin embargo, en 1995, 40% de la población no disponía de red de agua entubada, y 17% de la población no contaba con instalaciones sanitarias adecuadas. Asimismo, del total de las viviendas, 26% presentaba paredes de material de construcción precario - palma, madera, adobe o material de desecho-, en el 42% de los casos el material de construcción de los techos era de material ligero -lámina de asbesto o metálica, madera, lámina de cartón- y 17% de las viviendas tenía piso de tierra (INEGI 1995).

2.3 Necesidades de salud

En 1994, la esperanza de vida al nacer en México era de 71.6 años. En ese año, por cada 100 defunciones, 24 correspondieron a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición, 63 a enfermedades no transmisibles, y 13 a lesiones accidentales e intencionales, todo lo cual se traduce en una pérdida promedio de 2 meses de vida saludable por discapacidad y muerte prematura por cada mexicano (Lozano 1997).

Si todo el país hubiera tenido el mismo nivel de mortalidad que el estado con mejores condiciones (Nuevo León), en 1991 se hubieran evitado cerca de 96 mil muertes (22% del total). Actualmente, las principales causas de mortalidad son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes, todo ello como resultado del cambio acelerado que se ha registrado en los últimos 20 años (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Las Quince Principales Causas de Muerte en México 1975-1995

Causa	Posición		Tasa*		Porcentaje
	1975	1995	1975	1995	% de cambio
Neumonía e influenza	1	8	89.5	21.5	-76.0
Enfermedades infecciosas intestinales	2	12	84.9	10.5	-87.6
Enfermedades del corazón	3	1	75.8	69.4	-8.4
Accidentes	4	3	45.1	38.8	-14.0
Afecciones perinatales	5	7	36.1	22.4	-138.0
Tumores malignos	6	2	36.0	52.6	46.1
Enfermedades cerebrovasculares	7	5	21.3	25.5	19.7
Cirrosis y otras Enf. Crónicas del hígado	8	6	20.3	23.2	14.3
Homicidios y lesiones	9	9	17.6	17.0	-3.4
Diabetes mellitus	10	4	17.3	36.4	110.4
Bronquitis crónica y enfisema	11	13	17.0	9.3	-45.3
Anemias	12	14	8.2	4.8	-41.5
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	13	10	7.2	11.0	52.8
Anomalías congénitas	14	11	7.2	10.6	47.2
SIDA	—	15	0	4.4	—

*Tasa x 100,000 habitantes.

Fuente: Tomado de Frenk J. 20 años de salud en México. Nexos. Op cit.

2.4 Composición del Sistema Nacional de Salud

El sistema nacional de salud está constituido por dos grandes sectores, el público y el privado. Las instituciones que integran el sector público cubren a dos grupos de población, los asegurados por un lado, a través de las instituciones de seguridad social y la población no asegurada por el otro, a través de servicios públicos.

2.4.1 Organización

Existen cinco tipos de instituciones de seguridad social. Los trabajadores del sector formal de la economía son cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y los trabajadores del Estado, por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mientras que Petróleos Mexicanos (PEMEX), el ejército mexicano y la Secretaría de Marina cuentan con sistemas propios para cubrir a sus trabajadores. Los trabajadores de los gobiernos locales reciben atención a través de servicios propios, de seguridad social o privados.

Por su parte, la población no asegurada recibe servicios principalmente en los establecimientos públicos de la Secretaría de Salud (SSA) y los gobiernos estatales. Existen también servicios que protegen a grupos de población específica como los del Instituto Nacional Indigenista (INI), el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que realiza actividades de rehabilitación, y los del programa IMSS-Solidaridad, que cubre a la población rural dispersa. En general, el gasto público en salud de los servicios de salud para población no asegurada es menor mientras mayor es la marginación de la entidad (Cruz C., Zurita B., 1995), (cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de la población por tipo de cobertura según institución. México, 1995

Instituciones para no asegurados		Instituciones para asegurados	
SSA	68%	IMSS	75%
IMSS-SOL	24%	ISSSTE	20%
DDF	8%	OTRAS	5%
TOTAL	100%	TOTAL	100%

FUENTE: SNS. Boletín de Información Estadística 15. México 1995.

Dentro del sector privado existe una gran diversidad de instituciones que, en su conjunto, se dividen en dos tipos, lucrativas y no lucrativas. Las lucrativas ofrecen toda una gama de servicios de salud a la población con capacidad de pago, y en su mayoría cuentan con un esquema de financiamiento basado en el gasto del bolsillo. Dentro de los esquemas pre-pagados el seguro médico privado constituye el componente principal que cubre a algunos grupos de trabajadores de empresas públicas y privadas, así como a familias e individuos que compran sus servicios. Las instituciones no lucrativas con carácter no gubernamental son muy diversas y por lo general ofrecen sus servicios a la población no asegurada, orientándose con frecuencia a problemas de salud específicos como el SIDA o el alcoholismo.

2.4.2 Recursos

La infraestructura de atención, tanto de camas como de unidades médicas es mayor en el sector público respecto del privado (SNS, 1995). La relación de camas por habitante en el sector público es de 3 por 1,000 habitantes en promedio, mientras que en el sector privado es de 2 (cuadro 3).

Cuadro 3. Infraestructura del Sistema Nacional de Salud

Sector		Público		Privado	
		No Asegurados	Asegurados	Público Total	Total
Unidades Médicas:	Total de Unidades	77%	33%	15,525	2,816
Tipo de Unidades	Consultorios	52%	48%	43,670	12,022
Unidades	Hospitales	48%	52%	891	2363
Camas	Censables	46%	54%	76,742	34,426
	No Censables	67%	33%	58,508	25,628
Camas por tamaño de la unidad	Total	45%	55%	801	2,816
	Pequeñas*	42%	38%	321	2,247

* Hasta 30 camas en los servicios públicos y hasta 14 camas en los servicios privados.
Fuente: SNS. Boletín de Información Estadística 15. México 1995.

Los recursos humanos que trabajan en el sector público ascienden a más de 79 mil médicos en actividades clínicas, 152 mil enfermeras y más de 7 mil odontólogos. En 1995, las instituciones para población no asegurada emplearon a casi 36% del total de los médicos en actividades clínicas, 14% de las enfermeras y 70% de los odontólogos. La seguridad social captó a 64% de los médicos, 86% de las enfermeras y 30% de los odontólogos. Ese año, la tasa de médicos por habitante en el sector público fue de 1.11 médicos por mil habitantes, y la tasa de enfermeras, de 1.83 por mil (SNS 1995). Tanto el número de las unidades médicas como los recursos humanos del sector han registrado un incremento en los últimos años.

Por cada 4 pesos que se gastan en la atención médica de los asegurados se dedica un peso a la salud de la población no asegurada (Frenk 1997).

2.4.3 Demanda y oferta de servicios

En 1994, la tasa general de utilización de servicios ambulatorios para México fue de 58 por cada mil habitantes. Esta tasa presenta una forma de “U”, donde los grupos de edad extremos -menores de cinco años y mayores de 60 años- hacen más uso de los servicios de salud. Sin embargo, la tasa de morbilidad percibida en la población general duplica a la de utilización (ENSA, 1994). La población asegurada registró una mayor frecuencia de morbilidad percibida en las dos semanas previas, con una tasa de 113 por mil, mientras que en la población no asegurada, esta tasa fue de sólo 104 por mil habitantes. Asimismo, se observa una tasa anual de hospitalización de 34.8 por mil habitantes, además de existir una discrepancia entre los recursos y la demanda hospitalaria por institución (cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución de la Oferta y la Demanda de Servicios Hospitalarios por Institución. México, 1994.

Tipo de Poblacion	Instituciones	Oferta de Camas (%)	Demanda (%)
Asegurada	IMSS	26	40
	ISSSTE	6	7
	PEMEX	1	2
	SEDENA y MARINA	4	1
	Subtotal	37	50
No Asegurada	SSA	21	16
	DDF	2	1
	IMSS-Solidaridad	2	2
	Servicios Estatales	6	4
	Subtotal	31	23
	Privadas	31	27

Fuente: Tomado de Frenk, Lozano, Zurita op. cit.

En México, existe un sistema de información por el que se hace un seguimiento anual de los recursos del sector y los servicios brindados. Hasta ahora, sin embargo, la información sobre el gasto en salud en el país ha sido relativamente escasa. Este trabajo busca precisamente analizar los recursos financieros del SNS.

2.5 La Reforma del Sector Salud

La reforma del sector contiene modificaciones del sistema de financiamiento. Por ello, las CNS deberán generar información que facilite la toma de decisiones y permita el seguimiento de los cambios realizados. Las etapas de reforma del SNS antecedentes de la reforma actual pueden resumirse como sigue (Frenk 1997):

- ▲ Creación del modelo del sector: 1943-1980. Los servicios de salud dispersos se estructuraron en un sistema de atención de la salud dividido en instituciones de seguridad social que cubría a la población responsable del proyecto de desarrollo económico. Para responder a las demandas sociales de atención de la población no derechohabiente se crearon instituciones como la SSA y servicios como IMSS-COPLAMAR, con los cuales se buscó ampliar la cobertura hacia la población no asegurada y marginada.
- ▲ Cambios legislativos: 1981-1993. El derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional en 1984 y se formuló la Ley General de Salud, así como los reglamentos y las normas correspondientes, todo lo cual permitió operar las estrategias de descentralización, sectorización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación comunitaria.

El programa de reforma propuesto para el período 1996-2000 se centra en la ampliación y extensión de la cobertura, la descentralización de los servicios de salud, la incorporación de nuevos modelos de atención, la incorporación de incentivos al desempeño con libre elegibilidad de los médicos por parte de los derechohabientes, la incorporación de instrumentos tales como los “Grupos Relacionados de Diagnóstico” y la instrumentación de fórmulas para la asignación de recursos más equitativa. Específicamente dentro del IMSS, en 1997 se eliminaron los subsidios cruzados entre diferentes ramas de aseguramiento, se trasladó el manejo de los agentes de pensiones al sistema financiero a través de cuentas individualizadas y se diseñó una nueva rama de seguro denominada “Seguro de Salud para la Familia”, que amplía la cobertura de la seguridad social hacia trabajadores fuera del sector formal.

El proceso de reforma no ha sido fácil. Entre los obstáculos que ha tenido que vencer figura la inercia de los procesos de asignación y gestión de recursos dentro de un sistema de salud segmentado, que interactúa con los valores e intereses creados entre los distintos actores.

2.6 La Gestión financiera en el SNS

La gestión financiera durante 1995, aún no había incorporado muchos de los cambios que propone la reforma del SNS en el país. Los servicios de atención de la seguridad social, para población no asegurada y privada muestran características particulares en su manejo financiero.

2.6.1 Servicios públicos

Dentro de los servicios públicos, la base del financiamiento son los recursos federales. Todos los movimientos financieros federales son supervisados por el Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la que recibe y sanciona las propuestas e informes de ingresos y egresos de las dependencias públicas, con plazos predefinidos y mediante formatos específicos, así como por el Congreso de la Unión.

Los recursos de la federación provienen de los ingresos de tipo tributario, por la venta de bienes y servicios o externo. El sector salud recibe además ingresos por la venta de sus servicios, cuyo

monto regula la SHCP, según los principios de eficiencia económica y saneamiento financiero de los organismos públicos.

La propuesta de ingresos de cada dependencia se presenta como parte del Proyecto de Presupuesto Anual ante la SHCP. Dichos ingresos se destinan a cubrir algunos gastos autorizados en el Presupuesto de la Dependencia. Los recursos recibidos por convenios de subrogación de servicios permanecen en los gobiernos estatales. Los recursos restantes se envían a la SHCP. Otros ingresos aprobados provienen de donaciones y aportaciones de organismos internacionales, cuyo monto y destino se informa a la SHCP al final de la gestión.

Las cuotas de recuperación, o los pagos de los usuarios a la institución al recibir el servicio, no forman parte de los aportes federales, pero también se incluyen en el presupuesto. Su monto, según señala la Ley General de Salud, responde a los principios de solidaridad social, por lo que son proporcionales a los ingresos de los usuarios, pudiéndose eximir o reducir su cobro cuando el usuario carece de recursos para cubrirlas, lo que generalmente ocurre en zonas de menor desarrollo económico y social y cuando los pagos de los usuarios no se requieren en la unidad de atención para su funcionamiento. El sistema de información financiera generado a través de las CNS busca precisamente dimensionar las cuotas de recuperación y monitorear su origen, aplicación y seguimiento.

En el caso de los organismos descentralizados, los recursos recaudados permanecen en la institución; sin embargo, la gestión es similar pues requieren de una autorización de su presupuesto. En las instituciones de seguridad social existen leyes que establecen la proporción en que cada una de las fuentes de financiamiento debe contribuir con recursos para cada uno de los ramos de aseguramiento.

El destino del gasto se define también en el presupuesto. El presupuesto para 1995 fue aprobado en diciembre de 1994, y en él se establecieron los programas y actividades con sus metas presupuestales correspondientes.

La distribución territorial de los recursos responde a las necesidades de cada una de las regiones del país. Es la propia institución que recibe el monto presupuestal asignado la que se encarga de distribuirlo entre las unidades para su aplicación según las disposiciones vigentes y aprobadas en la propuesta de presupuesto. Asimismo, la institución controla y vigila el ejercicio del presupuesto.

Las unidades administrativas centrales y los órganos desconcentrados pueden formalizar convenios con instituciones u organismos privados para la prestación de servicios subrogados, precisando la forma y tiempo de pago. De hecho, en el proceso de descentralización se han establecido criterios para la transferencia de recursos hacia los estados. Durante 1995, los recursos centrales se dirigieron principalmente al pago de recursos humanos, inversiones, y de insumos básicos a través de la compra consolidada.

Sin embargo, no existen aun canales de información financiera integrales que capten los flujos de recursos en estas vertientes institucionales de gobierno central y gasto estatal. Con frecuencia, los servicios estatales desconocen el monto de los recursos que reciben del nivel central, dado que éstos suelen ser recibidos en especie. Por otra parte, los gobiernos estatales disponen de recursos para la salud, mismos que se canalizan en forma de transferencias directas hacia las unidades prestadoras de atención. Esto dificulta aún más la obtención de un registro completo de los gastos por unidad de salud y, con ello, de una evaluación estatal y nacional de dichas gestiones.

La planeación sectorial e institucional requiere de un marco informativo oportuno, continuo e integral que identifique la problemática en sus diversos niveles y facetas, uno de cuyos ejemplos son los rezagos en la transferencia de recursos, que impiden un ejercicio adecuado de los mismos. Asimismo, algunas barreras para la reorientación urgente de recursos obligan a los servicios a

informar sobre sus gastos en forma sesgada; de ahí que el proceso presupuestal no siempre sea el idóneo. Por otra parte, la permanente concentración en la toma de decisiones, ha impedido el desarrollo adecuado de las capacidades gerenciales a nivel local.

El SCNS debe captar las necesidades de modificación del gasto de manera que se obtenga una imagen real del ejercicio; sólo así podrán apoyarse los esfuerzos estatales que buscan una distribución de recursos en áreas geográficas y unidades más acorde a la necesidad de los servicios y la población.

2.6.2 Servicios privados de salud

El crecimiento de las grandes instituciones públicas de salud inicialmente se acompañó de un débil crecimiento de la medicina privada. Sin embargo, la crisis de los modelos de atención institucionalizada generó las condiciones para la permanencia y progresiva expansión de los servicios privados en el país. Hasta ahora, dicha expansión ha sido incipiente y parcial, pero se espera un mayor crecimiento en el mediano plazo.

Fundamentalmente existen dos tipos de servicios privados, y ambos presentan peculiaridades específicas en su gestión financiera. Los servicios lucrativos responden a la capacidad de pago de los usuarios y generalmente representan alternativas muy heterogéneas de atención en las que el pago de bolsillo es la modalidad más frecuente. Dentro del sector privado de servicios, la capacidad de pago selecciona la cobertura y el mercado determina los precios de los servicios, en un sistema diferenciado según su complejidad. El mercado es imperfecto pues no hay información suficiente para establecer precios que incentiven la eficiencia del gasto. Para este problema en particular, se piensa mejorar la regulación del mercado, por ejemplo, a través de mecanismos como los aranceles médicos y de servicios. En el mercado privado con mayor frecuencia puede expresarse la dificultad de pago de los usuarios, lo que genera gastos catastróficos que desfinancian a los hogares.

El mercado privado asegurador es pequeño y sólo ofrece gastos médicos mayores. En el caso de México, 70% de los asegurados privados cuenta también con otro tipo de cobertura, que en 50% de los casos es del IMSS (Knaul et al 1997). Los servicios de prepago han tenido poco desarrollo, y son escasos los paquetes de beneficios que ofrecen esta alternativa. Su financiamiento también responde a la capacidad de pago de los usuarios.

Por otro lado, los servicios de salud no lucrativos se han expandido progresivamente. Ello incluye su creciente facilidad para captar recursos fundamentalmente de empresas y hogares, entre los que figuran las donaciones exentables de impuestos. Sin embargo su dispersión y la ausencia de una organización que coordine y centralice la información de estas entidades, eleva la dificultad de realizar estudios sobre su financiamiento y la gestión de los recursos que manejan.

En general, existe escasa coordinación de las instituciones de servicios privados de salud con las instituciones públicas, y lo cierto es que permanecen atomizadas y, salvo algunas excepciones, no logran representar una respuesta organizada y complementaria al sector público de servicios.

En resumen, la gestión financiera enfrenta dificultades para lograr su óptimo desempeño. La normatividad vigente en 1995 para el sector público presentaba barreras para asegurar un flujo de recursos oportuno y suficiente. Dentro del sector privado de la atención, la heterogeneidad en los cobros encierra el riesgo de conducir a los hogares a gastos catastróficos, y hasta la fecha no se han desarrollado planes de atención cabales con sistemas de prepago que ofrezcan seguridad a los pacientes.

Algunas de las propuestas de la reforma del sector surgieron del análisis de las CNS, y dado que los cambios aún no culminan, muchas de las propuestas podrán todavía ser orientadas por la

información financiera que brinden las CNS a través del monitoreo y evaluación de los cambios y necesidades de ajuste.

3. Las Cuentas Nacionales de Salud

El proceso de reforma en el SNS ha hecho evidente la necesidad de estudiar el gasto en salud. Este es el objetivo de las CNS, que constituyen el análisis anual del total de los recursos financieros del SNS y su distribución institucional, tanto pública -de seguridad social y servicios para la población no asegurada- como privada.

Los recursos del SNS provienen de diversas fuentes; ello genera flujos financieros al transferir los recursos entre agentes hasta el momento en que se ejercen. Por lo tanto, la obtención y registro de información debe establecer el origen, flujo y erogación de los recursos en forma desagregada, de manera exhaustiva y evitando la doble contabilidad.

En México, el SNS realiza acciones de salud pública y de atención médica, que buscan elevar y conservar el nivel de salud de la población. Los recursos para realizar estas actividades constituyen el gasto en salud, y corresponden a las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado y rehabilitación, todas ellas vinculadas con una situación de salud particular, así como con enfermedades, lesiones e incapacidades. Estas actividades pueden brindarse de manera personal o colectivamente a los diversos grupos de población (Mills A, Gilson L. 1989). La compra directa de medicamentos en farmacias es incluida como gasto en salud.

La asistencia social que lleva a cabo el SNS incluye toda una gama de actividades que, al igual que las prestaciones sociales, se han dejado fuera de nuestra contabilidad. Lo mismo ocurre con los recursos dedicados a la dotación de alimentos, agua potable y drenaje, y con las residencias para el cuidado de la población no enferma, como son los asilos y los orfanatorios.

A continuación se describe el flujo de los recursos financieros del SNS durante 1995 a nivel nacional. En el primer apartado se muestra el flujo integral de recursos en el sistema, la magnitud del gasto en salud, según sus componentes y la población del país. En el segundo nivel se analizan las fuentes de financiamiento y su importancia relativa según la magnitud de sus aportes. Posteriormente, en otro nivel de análisis, se muestran los agentes que concentran los recursos y sus montos, y el paso de los recursos de éstos hacia las instituciones prestadoras de los servicios. En este nivel se identifica el monto de los recursos según institución, y la forma como se integra cada uno de los presupuestos ejercidos. Dicho ejercicio a su vez se analiza para establecer, finalmente, el gasto institucional según tipo de servicio y tipo de gasto. Los niveles de análisis se presentan en el siguiente diagrama (diagrama1).

3.1 Gasto en salud

El monto del gasto en salud durante 1995, fue de 100,938 millones de pesos en cifras corrientes (US\$15,293, millones de dólares de 1995), lo que significa una proporción del 5.5% del PIB del país de ese año. El gasto privado resultó superior al gasto público, representando 57% del total frente a 43% correspondiente al gasto público. En términos de la población total del país, el gasto promedio total por habitante fue de \$1,107 por habitante (USD\$168), de los cuales, \$480 (USD\$73) se ejercieron como gasto público y \$627 (USD\$95) como gasto privado (cuadro 5).

En valores corrientes, el gasto en salud de 1995 mostró un incremento de 8% (8,369 millones de pesos, 1,268 millones de dólares) respecto del gasto registrado durante 1994. El incremento del gasto en el sector público fue de 6,442 millones de pesos (5%, equivalente a 976 millones de dólares), y en el privado, de 1,927 millones de pesos (3%, 292 millones de dólares).

El gasto total en salud en millones de pesos corrientes y como gasto por persona se ha incrementado progresivamente. Sin embargo, en 1995 muestra una reducción cuando se expresa en dólares y como proporción del PIB (cuadro 5).

Cuadro 5. Gasto en Salud Público, Privado y por Persona. México, 1992-1995.

Concepto	Gasto total Millones		Gasto por persona		% del PIB
	Pesos	Dólares	Pesos	Dólares	
Gasto público					
1992	28,560	9,211	329	106	2.6%
1993	31,698	9,732	359	110	2.5%
1994	37,320	10,946	415	122	2.6%
1995	43,762	6,631	480	73	2.3%
Gasto privado*					
1992	30,697	9,901	354	114	2.7%
1993	41,629	12,781	471	145	3.3%
1994	55,249	16,204	614	180	3.9%
1995	57,176	8,663	627	95	3.1%
Total					
1992	59,256	19,112	683	220	5.3%
1993	73,324	22,513	829	255	5.8%
1994	92,569	27,149	1,028	302	6.5%
1995	100,938	15,294	1,107	168	5.5%

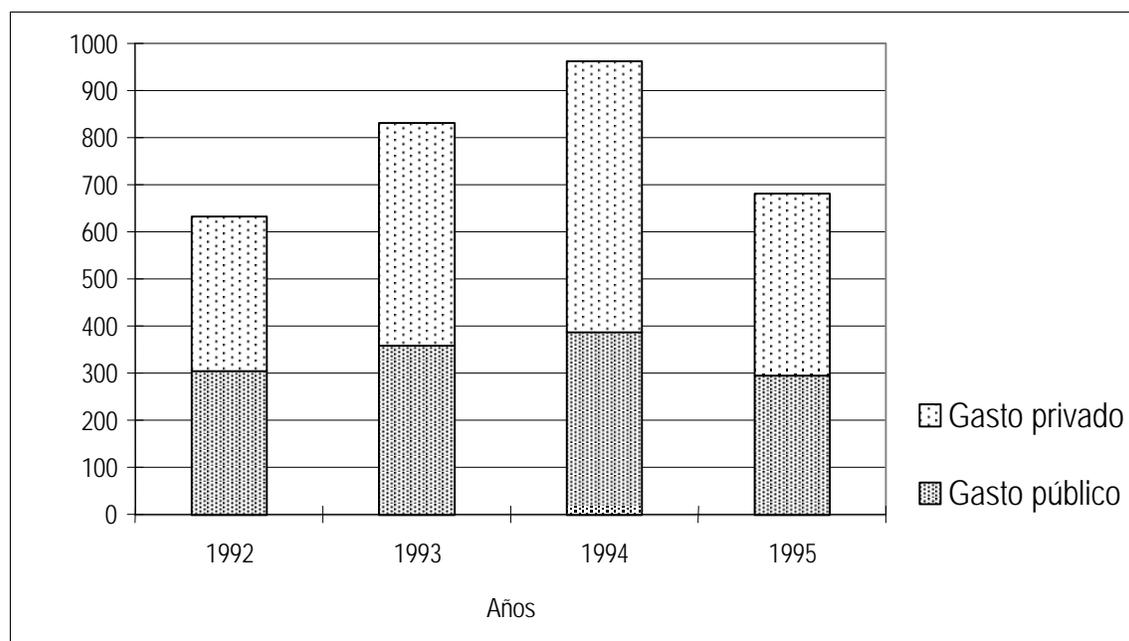
*Incluye la estimación alta de publicaciones previas para 1992-1994 y la estimación única de 1995.

Fuente: Estimaciones de FUNSALUD. Las cifras de las estimaciones proceden de INEGI. Para 1992 la paridad era de 3.1 peso por dólar, el PIB de 1,125,334 millones de pesos y la población de 86.7 millones de personas. Para 1993 la paridad fue de 3.26 pesos por dólar, el PIB de 1,256,195 millones de pesos, y la población de 88.4 millones de personas. Para 1994 la paridad fue de 3.46 pesos por dólar, el PIB de 1,429,159 millones de pesos, y la población de 90 millones de personas.

Para 1995 la paridad fue de 6.6 pesos por dólar, el PIB de 1,837,775 millones de pesos y la población de 100.9 millones de personas.

Según se aprecia también en la siguiente gráfica, el gasto total en salud muestra una tendencia creciente. Sin embargo, el gasto realizado, cuando se compara con su equivalente a precios de 1993, muestra que durante 1995 hubo una caída del gasto, particularmente del gasto privado, si bien el gasto público también fue menor (gráfica 1).

Gráfica 1. Gasto en Salud por habitante a precios de 1993. México, 1992-1995



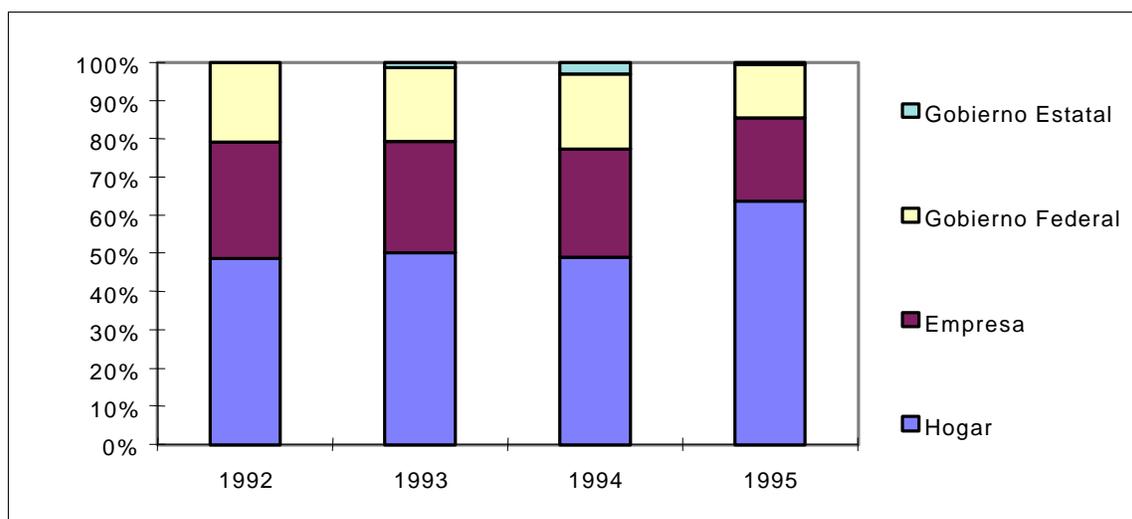
Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD. México 1998.

3.2 Fuentes de financiamiento

Los agentes que aportan recursos para el financiamiento del SNS se denominan fuentes de financiamiento. Las empresas y hogares representan las fuentes financieras directas, mientras que las indirectas se integran con los aportes del gobierno federal, que se conforman con las contribuciones fiscales y pagos diversos de los hogares y empresas, así como con los recursos externos que ingresan por vía gubernamental. Los gobiernos estatales contribuyen también a este financiamiento indirecto, canalizando los impuestos e ingresos locales hacia el pago de la atención a sus trabajadores y los programas y servicios locales.

La siguiente gráfica muestra la importancia relativa de los aportes según la fuente, en donde se identifica que los hogares han sido la fuente principal de recursos del SNS, elevándose cada año el monto de su participación. Las empresas y el gobierno han disminuido progresivamente la proporción de sus aportes. Los gobiernos federal y local en conjunto contribuyen con 15%, y muestran un predominio del gobierno federal. La menor aportación corresponde a los recursos externos (gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución del Gasto en Salud por Tipo de Fuente. México, 1992-1995.



Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD. México, 1998.

Según se observa en la matriz 1, las contribuciones directas se canalizan principalmente hacia los agentes de la seguridad social, en donde los aportes más elevados corresponden a las empresas. La mayor parte de los agentes de la seguridad social reciben recursos federales, con un mínimo aporte de los gobiernos estatales. Los aportes indirectos se aplican principalmente en los agentes públicos para los no asegurados. Estos recursos provienen fundamentalmente de los gobiernos, y en particular del gobierno federal (93%). De hecho, su aporte es casi 6 veces mayor para los agentes públicos respecto de los de la seguridad social. Los gobiernos de los estados aportan 5% a este gasto, recursos que se canalizan en una proporción 4.4 veces mayor hacia los agentes públicos que hacia los de la seguridad social.

3.3 Agentes de Financiamiento

Los agentes privados muestran el predominio de aportación de los hogares (99%), que es complementada por las empresas (1%). Como se observa en la matriz 1, la mezcla público-privada en el origen del financiamiento de los servicios se presenta principalmente en el financiamiento de los agentes de la seguridad social, dado que los recursos de los agentes públicos se conforman principalmente de aportes federales y estatales, en tanto que los agentes privados se forman de los recursos que provienen de los hogares.

En la matriz 1 es posible identificar la concentración de los recursos en los agentes privados (57%). En su interior el mayor volumen de recursos se concentra en un agente privado “virtual”, que se forma con recursos procedentes principalmente de los hogares (98%). Este agente se denomina virtual porque carece de una infraestructura institucional, pues se constituye por los recursos que las empresas y los hogares erogan según se va presentando la necesidad de pago de servicios de salud privados y medicamentos.

El seguro médico privado representa 1.4% del gasto total, del cual 86% de los aportes provienen de los hogares. Aun cuando la proporción de recursos que recibe este agente de las empresas representa 14%, en valores absolutos los recursos que las empresas dirigen hacia el agente privado virtual son 1.5 veces mayores que los del seguro médico privado. El aporte de los hogares hacia el agente privado virtual es más de 45 veces superior que hacia el seguro médico privado. El volumen de gasto total de estos agentes privados es mayor que el de los agentes de seguridad social y públicos.

Los recursos de la seguridad social se ubican en segundo lugar de importancia y concentran 34% de los recursos del SNS y 79% de los recursos gubernamentales. El componente principal es el agente IMSS (86%) en cuyo caso, 72% de los recursos proceden de las empresas. Le sigue en importancia el agente ISSSTE, con 9% de los recursos, los cuales provienen principalmente del gobierno federal (69%). Las otras instituciones de seguridad social manejan un volumen de recursos mucho menor, si bien entre ellos sobresale el agente PEMEX, con 4% de los recursos. Todos estos componentes reciben recursos fundamentalmente del gobierno federal.

Los recursos dirigidos a los agentes públicos representan 21% del total del financiamiento gubernamental disponible y 9% de los recursos totales del SNS. Los recursos canalizados a estos agentes ascienden a 9,153 millones de pesos (USD\$1,387), de los cuales el 76% se concentra en el agente SSA y el 15%, en el agente IMSS-Solidaridad. El agente SSA se integra de los recursos que recibe fundamentalmente del gobierno federal (93%), y este es el agente en el que hay disponibilidad de registro de los aportes de recursos externos (2%). Para este agente, el gobierno federal es el que realiza la mayor de las contribuciones, que supera 4 veces sus aportes al IMSS. Los gobiernos estatales también contribuyen al agente SSA con un aporte del 5%. IMSS-Solidaridad recibe recursos de los gobiernos de los estados en una mínima proporción, pues la mayor parte de sus recursos provienen del gobierno federal. Dada la concentración de población en la Ciudad de México, el agente DDF para servicios de salud recibe más recursos que el DIF y el INI juntos. El agente DIF muestra una situación especial pues recibe recursos federales y estatales en una proporción similar. El agente INI es el más pequeño y sus recursos son federales (ver matriz 1).

3.4 Flujo de recursos de los agentes de financiamiento hacia las instituciones prestadoras de los servicios.

Los recursos aportados por las fuentes se canalizan hacia los agentes de financiamiento, los cuales concentran, gestionan y administran los recursos. Una de las funciones propias de los agentes consiste en orientar los flujos de recursos hacia las instituciones prestadoras de servicios. En este apartado se analiza el flujo de los recursos desde los agentes hacia las instituciones prestadoras de servicios, que son los que establecen contacto directo con la población.

Este flujo entre agentes e instituciones es relativamente directo, pues, en general, los recursos son canalizados de cada agente hacia cada una de las instituciones correspondientes. Existen excepciones, sin embargo, como el agente ISSFAM, al que no le corresponde una institución prestadora, sino que canaliza recursos hacia los servicios de SEDENA y Marina. Otros flujos cruzados adoptan modalidades tales como los convenios de subrogación y los de reversión de cuotas. Los aportes desde los agentes privados corresponden principalmente a las cuotas de recuperación que provienen de los hogares. La subrogación se registra exclusivamente por el agente ISSSTE, que transfiere 33 millones de pesos al IMSS, 8 millones a la SSA y 62 millones de pesos a los servicios del sector privado. Existe también un flujo de recursos del agente IMSS hacia las empresas con convenios de reversión de cuotas, cuando éstas brindan atención a sus trabajadores, ya sea mediante servicios privados, públicos o propios de la empresa. El monto de la reversión asciende a casi mil millones de pesos. En promedio, las empresas complementan los gastos médicos con 30% adicional a los aportes de la reversión del IMSS.

Los hogares realizan pagos directos en forma de cuotas de recuperación al recibir los servicios; desafortunadamente, el registro de dichos aportes es pobre, salvo en el caso de los servicios de la SSA y la SEDENA.

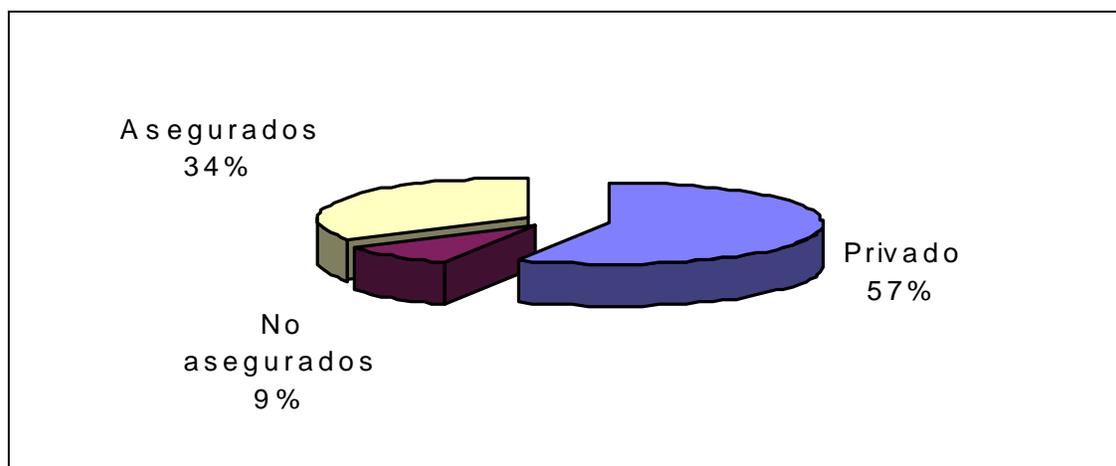
La mayor parte de los recursos del agente privado virtual se dirige hacia los servicios privados, los cuales son fundamentalmente lucrativos, así como a la compra directa de medicamentos en farmacias.

La matriz 2 muestra que aun cuando exista un financiamiento público y privado en el SNS, el financiamiento de los servicios públicos es predominantemente público, ya que las cuotas de recuperación representan tan sólo 5% de los recursos del agente. Asimismo, la subrogación que realiza el agente ISSSTE representa 1% del total de recursos y la reversión del agente IMSS a las empresas representa 3% de su gasto total.

Los aportes más voluminosos son los que se realizan desde el agente privado virtual, hacia los servicios lucrativos, pues sólo 0.4% se dirige a los servicios no lucrativos. Los servicios privados lucrativos reciben recursos de los agentes de la seguridad social, del agente del seguro médico privado y del agente privado virtual (matriz 2).

La concentración de los recursos en los agentes es heterogénea. Si agrupamos los agentes genéricamente según financien servicios privados, para población asegurada y para población no asegurada, el gasto por habitante varía desde 100 pesos (USD\$15) hasta 627 (USD\$95), según se muestra en la siguiente gráfica (gráfica 3).

Gráfica 3. Gasto en Salud por Tipo de Agente. México, 1995



Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

3.5 Gasto por tipo de servicio

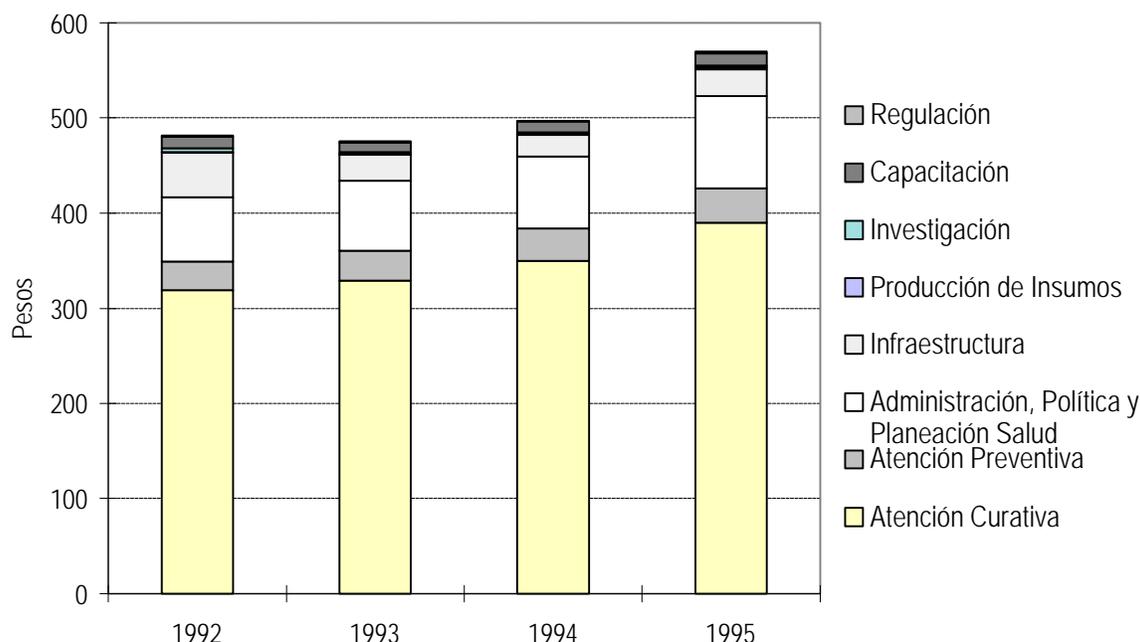
El análisis por tipo de servicio aprovecha el reporte de los programas de las instituciones públicas y de seguridad social del sector a la SHCP. En 1995 el gasto de las instituciones públicas de salud fue de 43,050 millones de nuevos pesos (USD\$6,523), que se distribuyeron en tres tipos de actividad: de administración, planeación y capacitación (18%), de atención directa a la población, que incluyen atención curativa y preventiva (73%), y programas de apoyo como el fomento a la salud, la producción de insumos, la investigación y la construcción y mantenimiento de la infraestructura (9%). Las actividades de atención preventiva y curativa recibieron conjuntamente la mayor proporción de los recursos (9% y 79% respectivamente).

Se carece de un registro del gasto por servicio en las instituciones de salud privadas; sin embargo, la información sobre estas unidades muestra la heterogeneidad de su tamaño. En ellas, el gasto administrativo pudiera corresponder a su tamaño. Salvo excepciones, el gasto en acciones de capacitación e investigación serán reducidas. Por ello se presupone que el gasto en los servicios privados se orienta en su mayor parte a actividades de curación y prevención (ver matriz 3).

La evolución del gasto promedio por servicio muestra que el predominio del gasto en atención curativa (79%) se ha mantenido desde 1992. Sin embargo, en 1995, la proporción que se dedicó a este

renglón fue mayor a la de años anteriores (65 a 70%). El porcentaje de gasto en atención preventiva se mantuvo reducido, de 6 a 7% del gasto en años previos a 6% en 1995. Algunos renglones muestran una reducción sistemática del gasto desde 1992, tales como la investigación y el gasto en infraestructura (gráfica 4).

Gráfica 4. Gasto por Usuario y Servicio en Instituciones Públicas. México, 1992-1995.



Las actividades de apoyo, como la investigación y la regulación, reciben proporcionalmente un mayor monto de recursos en las instituciones públicas; en cambio, en las instituciones de seguridad social, los recursos se concentran más en actividades curativas. Aun así, una mayor proporción no necesariamente significa un mayor monto absoluto de recursos, pues el gasto total de las instituciones de seguridad social es cuatro veces superior al de las instituciones públicas.

Algunos programas como la regulación corresponden exclusivamente a la SSA en términos legales; otros, como la producción de insumos y material de curación, se llevan a cabo sólo en los servicios de la SSA y la SEDENA. Sin embargo, todas las instituciones del SNS coinciden en ofrecer servicios de salud curativos y/o preventivos.

Al interior de las actividades curativas, la distribución del gasto es heterogénea. En promedio, casi 60% de los recursos se dirigen a la atención hospitalaria, en la que 2/3 partes del gasto son para hospitalización general y 1/3 para hospitalización especializada. El 30% del gasto es para la consulta externa general, y el 10% para la consulta externa especializada. Los recursos restantes se destinan principalmente a la atención de casos de urgencias, emergencias y desastres y, en menor proporción, a la rehabilitación.

Al interior de las instituciones se observan divergencias importantes en la distribución del gasto, lo que refleja la diversidad de la atención que brindan. La hospitalización general en las instituciones públicas representa 74% del gasto curativo en los servicios médicos del DDF, mientras que en IMSS Solidaridad sólo se reserva 23% para este fin. Dentro de las instituciones dirigidas a población asegurada, la hospitalización general en el IMSS recibe 42% del presupuesto para atención curativa; en cambio, en caso del ISSSTE, esta proporción es sólo de 23%. La consulta externa general capta

66% de los recursos de IMSS Solidaridad destinados a atención curativa, mientras que en el caso del IMSS, esta captación es sólo del 24% (ver cuadro 6).

Las actividades preventivas corresponden apenas a 9% del gasto total, y representan una proporción relativa mayor (60%) entre las instituciones dirigidas a población asegurada (1,568 millones de pesos, 238 millones de dólares) que en las instituciones públicas (1,065 millones de pesos, 161 millones de dólares). Los subprogramas que captan el mayor monto de recursos son el control de enfermedades transmisibles (23%), las acciones de salud materno-infantil (18%) y el control de enfermedades prevenibles por vacunación (17%). Esto último y la detección oportuna de enfermedades representan los conceptos de gasto más importantes entre las acciones preventivas dirigidas a población no asegurada, mientras que en las instituciones para población asegurada, las acciones de salud materno-infantil son las que predominan.

La orientación para la salud recibe mayor proporción de recursos en los servicios públicos del DDF e IMSS Solidaridad; en cambio, la SSA se concentra en el control de enfermedades transmisibles, actividad sobre la que tiene mayor responsabilidad por ser cabeza de sector (cuadro 6).

Cuadro 6. Gasto Público en Atención Curativa y Preventiva Según Institución. México, 1995

Tipo de Servicio	Total	Poblacion No Asegurada				Poblacion Asegurada		
		Total	SSA	DDF	IMSS-Sol.	Total	IMSS	ISSSTE
Atención Preventiva	2,633	1,065	768	11	274	1,568	1,307	266
•Control de Enferm. Prev Vacunación	17%	23%	20%	19%	26%	13%	13%	17%
•Control de Enfermedades Transmisibles	23%	43%	56%	7%	9%	10%	7%	17%
•Detección Oportuna de Enfermedades	15%	11%	5%	36%	28%	17%	15%	25%
•Higiene del Trabajo y Prev. De Accidentes	8%	0%	16%	0%	0%	14%	17%	0%
•Planificación Familiar	11%	16%	0%	13%	15%	8%	8%	8%
•Orientación para la Salud	8%	7%	1%	25%	21%	9%	8%	16%
•Materno infantil	18%	1%	1%	0%	0%	30%	32%	16%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Atención Curativa	28,455	4,778	3,547	538	694	23,677	21,199	2,478
•Consulta Externa General	28%	45%	47%	3%	68%	24%	24%	26%
•Consulta Externa Especializada	8%	6%	4%	10%	9%	8%	7%	18%
•Hospitalización General	39%	33%	29%	74%	23%	40%	42%	23%
•Hospitalización Especializada	19%	13%	18%	0%	0%	20%	19%	25%
•Rehabilitación	1%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	1%
•Atención de Urgencias, Emergencias y Desastres	6%	2%	1%	13%	0%	7%	7%	5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: SNS. Boletín de Información Estadística, N° 15. México 1995.

El 28.4% del gasto de bolsillo en salud se dedica a la compra de medicamentos. El mayor gasto en medicamentos y en servicios ambulatorios es principalmente privado. Sin embargo el mayor gasto en servicios de hospitalización se realiza en los servicios públicos. El gasto es principalmente curativo, si bien una fracción de este gasto corresponde a procesos preventivos o de detección

temprana, entre los que se incluyen los servicios ambulatorios y de apoyo, como laboratorio y gabinete (cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución del Gasto Según Lugar de Atención y Tipo de Servicio. México, 1995

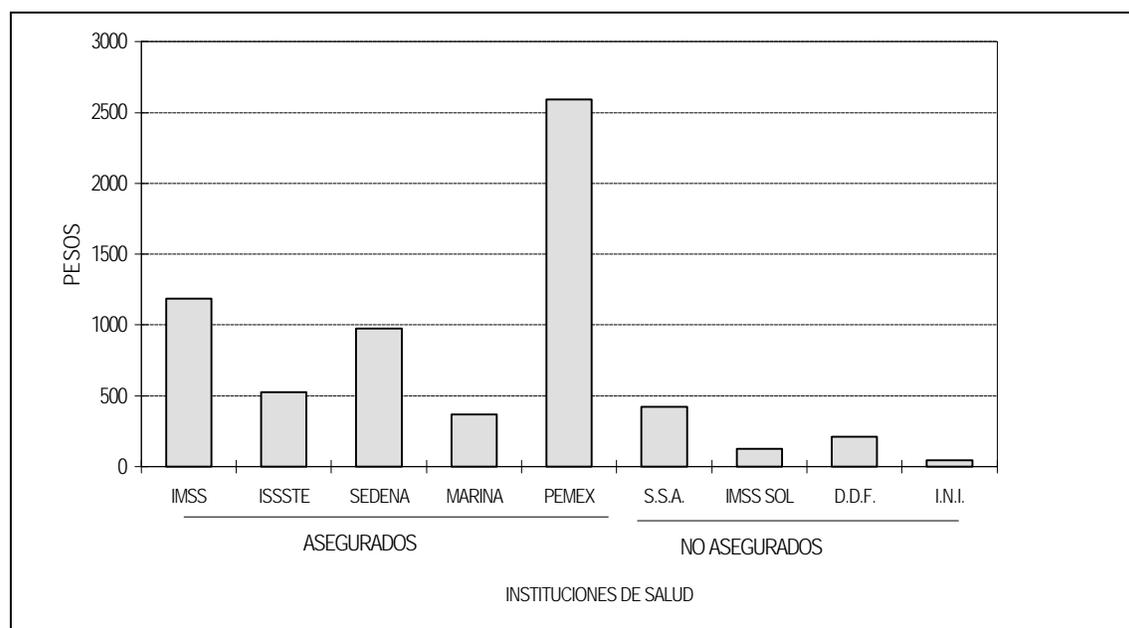
Tipo de Servicio	Preventivo %	Curativo %	Total%*	
Servicios Públicos y de Seguridad Social				
Medicamentos	N.D.	N.D.	2,318	100%
Servicios ambulatorios	20	80	12,877	100%
Hospitalización	N.D.	N.D.	18,496	100%
Servicios Privados				
Medicamentos	3	97	17,363	100%
Servicios ambulatorios	19	81	31,542	100%
Hospitalización	N.D.	N.D.	9,333	100%

Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales 1995, SSA. ENSA II, 1994, SNS. Boletín de Información Estadística, N° 15. México 1995.
*Nota. Los gastos en medicamentos pueden realizarse en farmacias, los servicios ambulatorios y de hospitalización.

El análisis institucional del gasto por usuario evidencia grandes disparidades en la distribución de los recursos. Así, por ejemplo, las instituciones de seguridad social, presentan el mayor gasto por usuario, cuyo monto oscila entre \$528 (80 USD) y 2,594 pesos (393 USD), correspondientes a los servicios del ISSSTE y de PEMEX, respectivamente, donde el gasto de PEMEX es 5 veces superior al del ISSSTE. La diferencia de gasto por usuario entre estas dos instituciones es de 5 veces. Cuando se comparan los servicios públicos, el gasto por usuario en los casos extremos apenas llega a duplicarse, pues va de 210 pesos en IMSS Solidaridad (32 USD) a 421 pesos en la SSA (64 USD). Si se comparan todas las instituciones públicas y de seguridad social en general, la diferencia del gasto por usuario en sus extremos llega a ser hasta de 12 veces (gráfica 5).

Suponiendo que todos pudieran acudir a los servicios privados, el gasto por habitante sería de 635 pesos (96 USD), cifra mayor al gasto por usuario de las instituciones públicas, y más cercana a lo que se gasta por usuario en los servicios para la población asegurada.

Gráfica 5. Gasto por Usuario en Instituciones Públicas y de Seguridad Social. México, 1995



Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

3.6 Tipo de gasto

Además de la clasificación por tipo de servicio o programa, el registro del gasto institucional público y de seguridad social propuesto por la SHCP refiere a los factores de la producción. Esta información no está disponible para la totalidad de instituciones del sector. De acuerdo con esta última clasificación, el tipo de gasto muestra que el principal concepto es el de materiales y suministros, que incluyen el gasto en medicamentos que realizan los hogares en las farmacias (34%). En las instituciones públicas y de seguridad social este gasto es relativamente menor (11 en el ISSSTE a 17% en IMSS-Solidaridad) en tanto que en el privado se eleva (44% en el Seguro Médico Privado a 52% en el privado virtual).

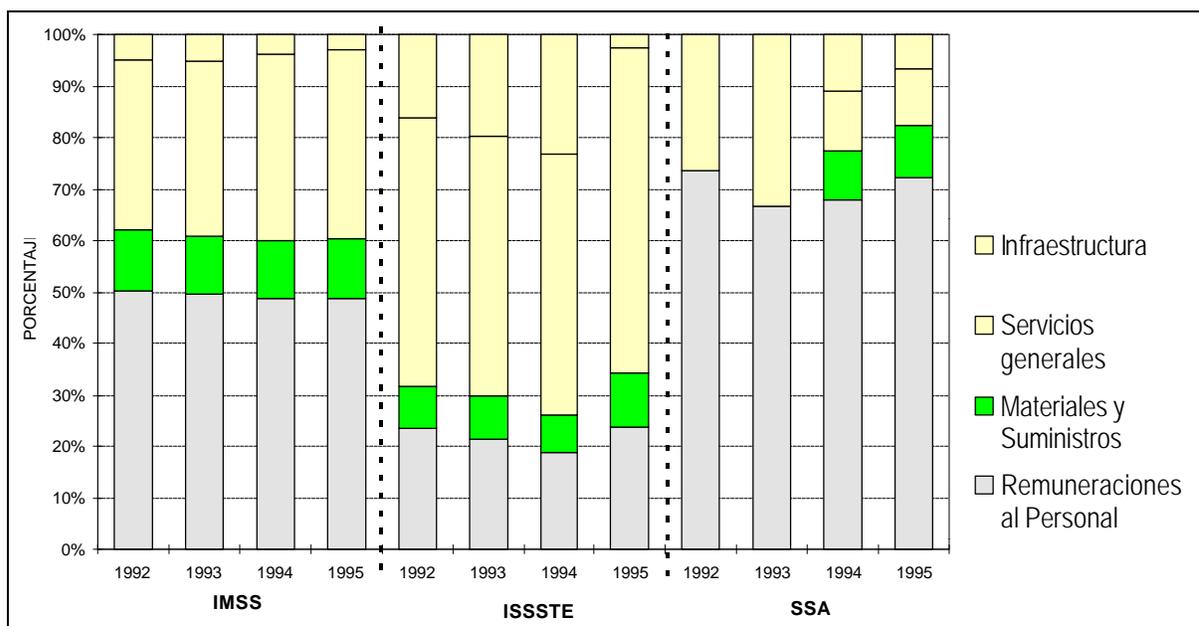
El segundo concepto en importancia es el gasto en servicios personales (32%) esto se explica porque, además del personal involucrado en los servicios finales y la elevada proporción de trabajadores de la salud especializados, las actividades del SNS requieren de múltiples actividades de apoyo que involucran a un amplio volumen de personal. El gasto en los servicios privados es menor relativamente que en los públicos y de seguridad social. Sólo en el caso del ISSSTE y PEMEX, este concepto de gasto no concentra la mayor proporción de recursos, lo que puede atribuirse al hecho de que el pago de honorarios se registra como parte de los consumos intermedios en los servicios generales. En las instituciones públicas, el monto de este gasto oscila entre 24% y 74%. En los servicios privados representa 19% del total.

Le sigue en importancia el renglón de servicios generales (27%) que incluye a todos los servicios de apoyo a la actividad central, tales como la limpieza, mantenimiento, asesoría y capacitación, los estudios e investigaciones y las subrogaciones, cuyo valor representa entre 11 y 62% del total. En el caso de IMSS-Solidaridad, el gasto en materiales y suministros es superior que el de servicios generales, y en el caso del ISSSTE y PEMEX, este último concepto de gasto recibe el mayor monto. Los servicios privados presentan una cifra promedio de 32%. El gasto en infraestructura es el que consume la menor proporción de los recursos tanto en los servicios públicos y de seguridad social (3 a 15%) como en los privados (6 a 8%) (matriz 4).

Cuando se separa el gasto en medicamentos (matriz 4^a) se percibe más claramente la disociación del comportamiento de los agentes públicos y privados, pues en los agentes públicos y de seguridad social los servicios personales captan el mayor monto del gasto (49%) y le siguen los servicios generales (33%). El gasto en los servicios privados es superior en medicamentos (30%) y le siguen los servicios generales (22%) y los materiales y suministros (21%).

La gráfica 6 muestra una relativa estabilidad del gasto en las instituciones, en particular en el IMSS, cuya distribución por concepto se mantiene durante el periodo de 1992 a 1995. En los servicios del ISSSTE, los gastos en remuneraciones e insumos permanecen relativamente estables, una discreta disminución en 1994. En los demás conceptos, por el contrario, se observa sobre todo un cambio en 1995, cuando el gasto en infraestructura cae y los gastos en servicios generales se elevan proporcionalmente. La SSA muestra un registro insuficiente durante los primeros dos años de la serie; aun así, la proporción destinada al pago de personal es mayor en comparación con las otras instituciones analizadas. El gasto de esta institución en materiales y suministros e infraestructura es proporcionalmente similar al de otras instituciones y, en cambio, muestra una mayor diferencia el gasto en servicios generales (gráfica 6).

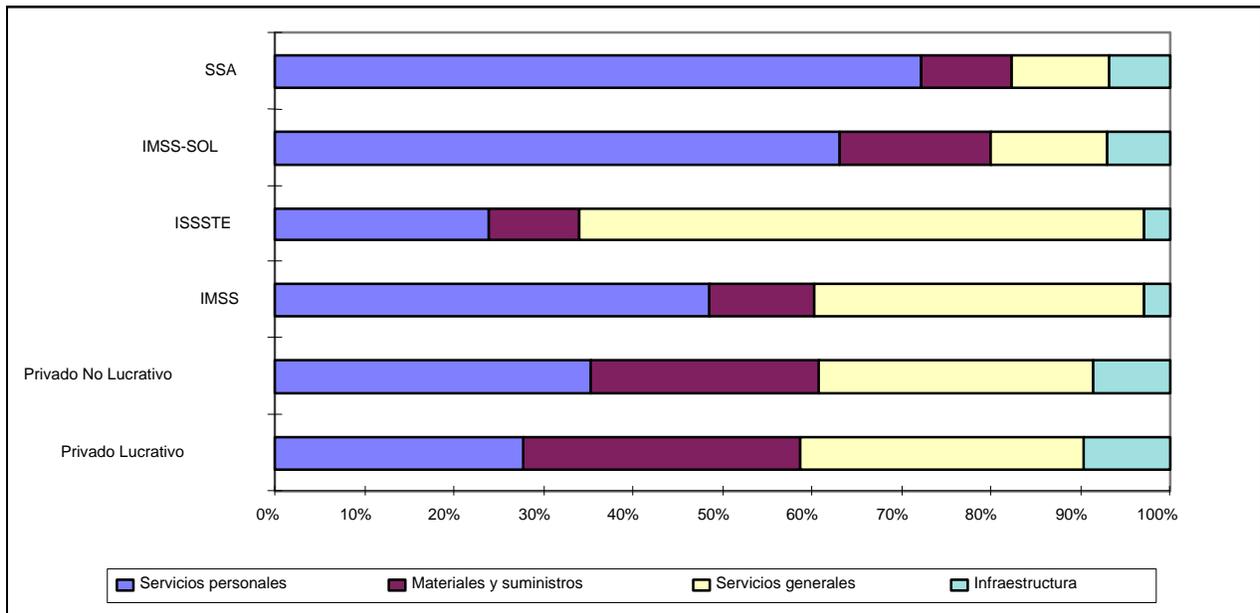
Gráfica 6. Tipo de Gasto en las Instituciones Públicas y de Seguridad Social. México, 1992-1995.



Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

Dentro de las instituciones de servicios de salud privados existen diferencias en la distribución del gasto entre los servicios lucrativos y no lucrativos. La principal diferencia se observa en el gasto por servicios personales y el de materiales y suministros. Los gastos en servicios personales son superiores en los servicios no lucrativos, y ello parece ocurrir a costa de una disminución en el gasto en materiales y suministros. Los gastos en infraestructura y servicios generales representan una proporción similar de gasto en ambos tipos de instituciones (gráfica 7).

Gráfica 7. Categorías de Gasto en los Servicios Públicos y Privados de Salud. México, 1995

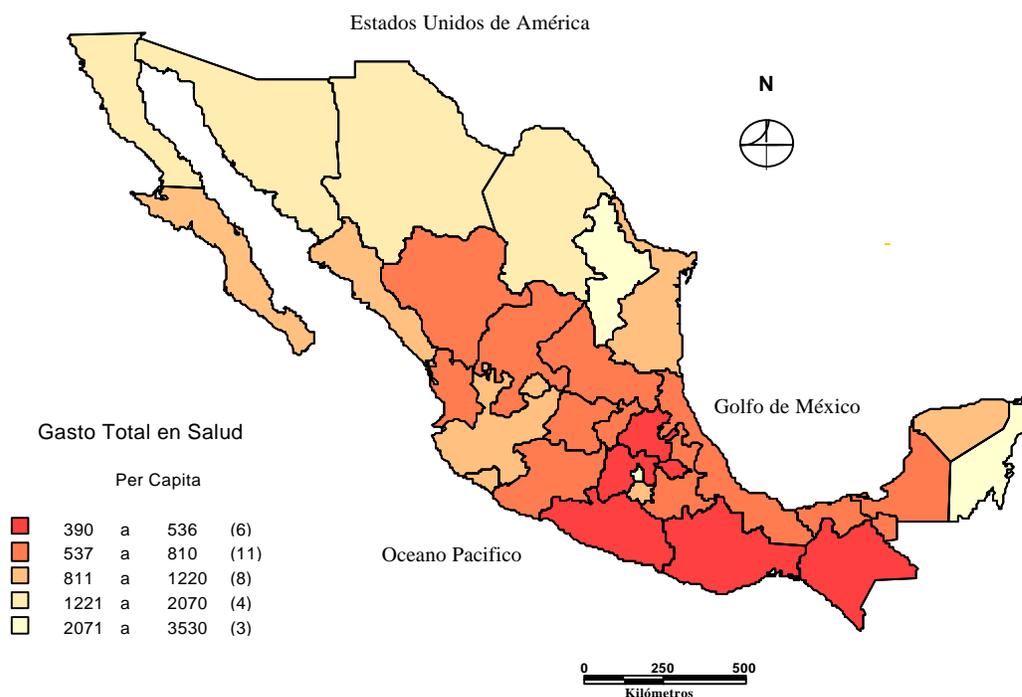


Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

3.7 Distribución del gasto en el país.

El gasto total en salud por habitante y por estado se presenta en el siguiente mapa por quintiles (ver anexo de descentralización para mayor información). Como puede apreciarse, el primer quintil está compuesto por las 3 entidades con el mayor gasto en salud (de 2,071 a 3,530 pesos por habitante, 314 a 535 USD); se trata de entidades con una alta industrialización y una elevada presencia de unidades médicas -como es el caso de la ciudad de México y el estado de Nuevo León-, y con un elevado costo de la vida -Quintana Roo-. El segundo quintil agrupa a los estados del norte del país, que también presentan un mayor nivel de industrialización, donde el gasto por habitante oscila de 1,221 a 2,070 pesos (185 a 314). Algunas entidades con nivel de desarrollo intermedio de la zona centro del país constituyen el tercer nivel de gasto por habitante (811 a 1,220 pesos, de 123 a 185 USD). Por último, las entidades con menor desarrollo se dividen en dos estratos, las que corresponden fundamentalmente al centro (537 a 810 pesos, 81 a 123 USD) y las del sur del país (390 a 536 pesos, 59 a 81 USD), (mapa 1).

Mapa 1

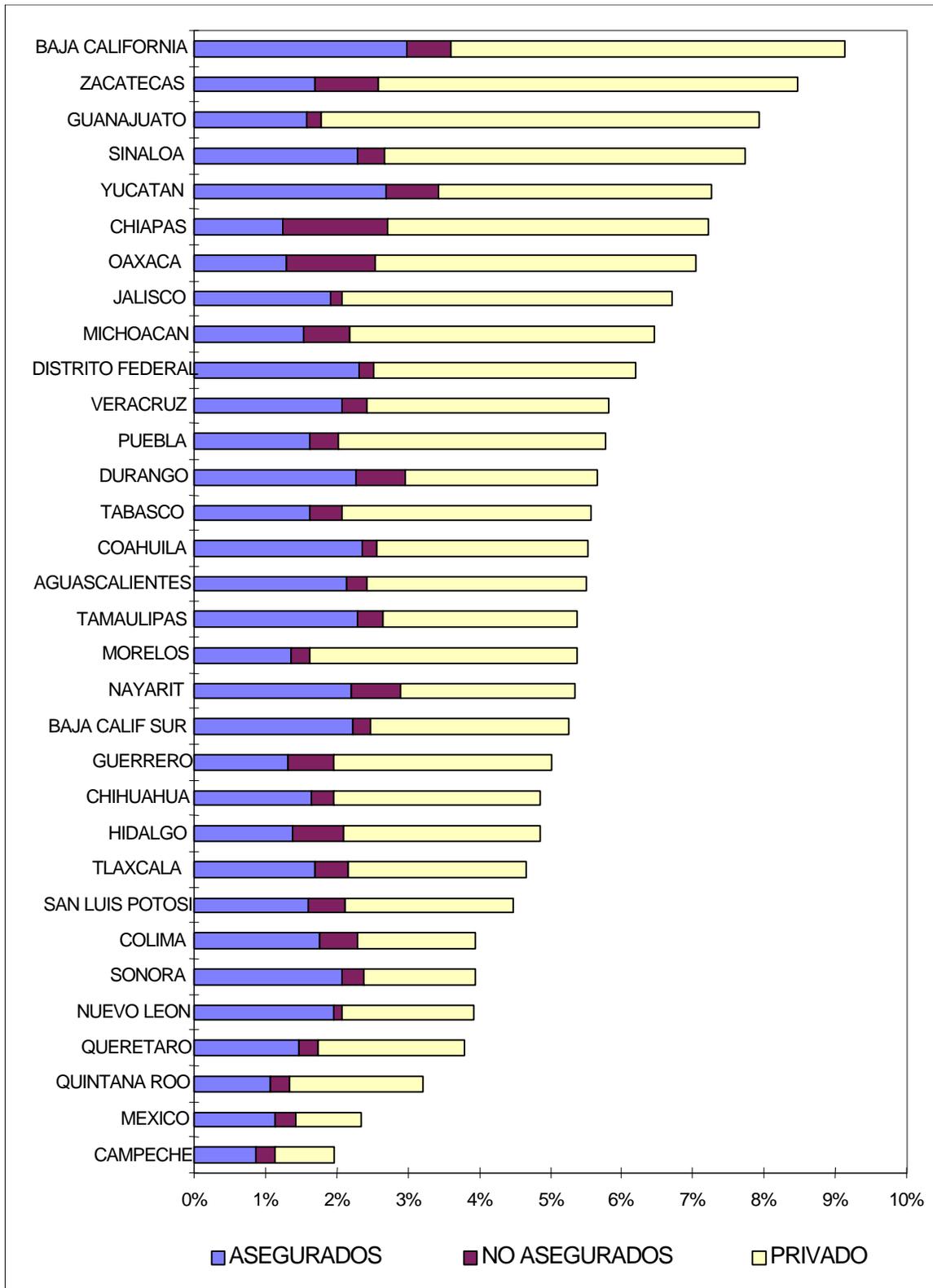


Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

En la gráfica 8 se presenta el gasto por habitante desagregado por tipo de agente, -privado, para asegurados y para no asegurados-. La magnitud del gasto total se explica principalmente por el gasto privado ($R^2=0.94$, $p=0.000$) y en segundo término por el gasto en población asegurada ($R^2=0.77$, $p=0.000$). El gasto en población no asegurada es mínimo. Se puede observar que el gasto privado es el mayor, excepto en los estados de Colima, Baja California Sur, Durango, Veracruz, Campeche y Tlaxcala, en donde es superado por los gastos en población asegurada. En Oaxaca y Chiapas, el gasto en los otros agentes es tan reducido que el gasto para no asegurados muestra una proporción similar al gasto privado y al gasto para población asegurada, si bien nunca llega a representar una proporción superior (gráfica 8).

El tamaño del PIB estatal es muy diverso, y generalmente se asocia con el nivel de industrialización y con el gasto en salud ($R^2=0.43$, $p=0.000$). El gasto en salud como proporción del PIB señala la importancia relativa de este gasto en las entidades. La gráfica muestra variaciones, que van de 1 a 7%, siendo 5.5% el promedio nacional para 1995 (gráfica 8). Algunas entidades como Michoacán presentan un gasto en salud por habitante bajo, si bien este gasto, como proporción del PIB, representa más del 6%. Otros casos muestran una relación inversa. El Distrito Federal, por ejemplo, presenta el gasto en salud por habitante más elevado, pero este gasto no corresponde a una mayor proporción del PIB, aunque supera el promedio nacional. En la misma gráfica se observa que, en general, una participación elevada del gasto en salud como proporción del PIB, puede estar más asociada con un mayor gasto privado ($R^2=0.39$, $p=0.000$) que con el gasto público. El gasto público en salud muestra una proporción relativamente estable en las entidades, con una proporción de 1-3% del PIB. La diferencia entre las entidades para la fracción de gasto público en salud generalmente se asocia con diferencias en la distribución de recursos para asegurados ($R^2=0.41$, $p=0.000$). Únicamente en entidades como Chiapas y Oaxaca los recursos para no asegurados superan el 1% del PIB. Estos casos usualmente coinciden en ser entidades con un PIB reducido.

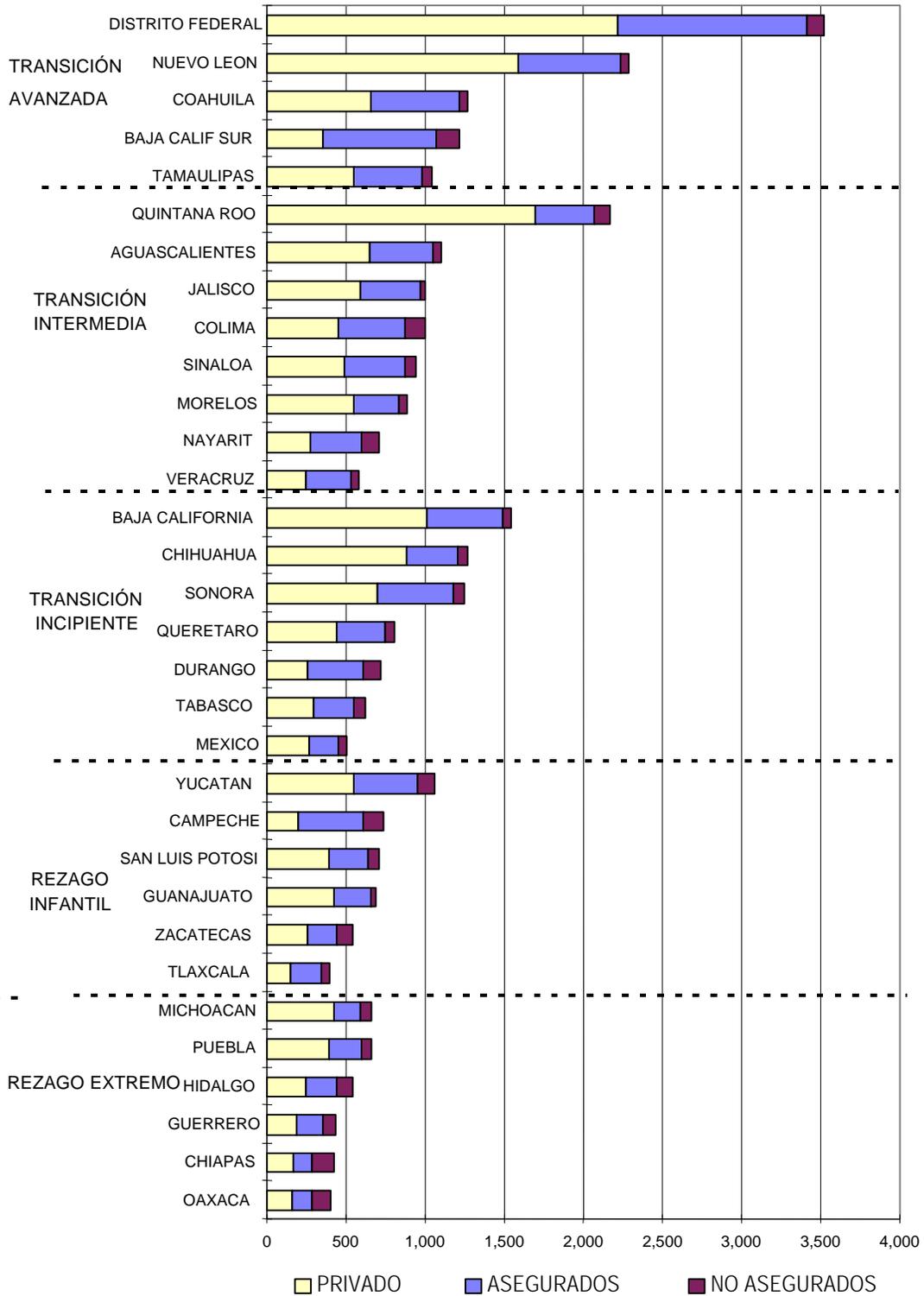
Gráfica 8. Gasto en Salud Como Porcentaje del P.I.B. Estatal por Tipo de Agente.



La transición epidemiológica refleja las necesidades de salud de la población. Para analizar la relación entre necesidades de salud y gasto agrupamos a las entidades en 5 estratos según la transición que las caracterice. En la transición avanzada, la probabilidad de morir en menores de 5 años y adultos se ha reducido. En este nivel se encuentran las entidades del norte del país, las de mayor nivel de industrialización y con una mayor cobertura por parte de la seguridad social. La transición intermedia corresponde a los niveles de industrialización medios, y se caracteriza por presentar una mortalidad infantil media, no tan reducida como el estrato previo, y una mortalidad baja en adultos. La transición incipiente agrupa a las entidades con niveles medios de industrialización pero con una mortalidad de adultos más alta y de menores de 5 años media. El grupo de entidades con rezago infantil presenta una mortalidad baja de adultos pero elevada en menores de 5 años. El rezago extremo corresponde a entidades con una mortalidad elevada de niños y adultos (Lozano 1997).

El análisis de los agentes de financiamiento y su relación con la población de la entidad se realiza con base en la clasificación anterior. En promedio, el gasto en salud se reduce conforme el rezago en la transición epidemiológica se eleva. Los dos grupos de transición más avanzada (avanzada e intermedia) incluyen a las entidades cuyo gasto es muy elevado en relación con la mayor parte de las entidades. Los casos del Distrito Federal, Nuevo León, Quintana Roo y Baja California Norte representan excepciones en el contexto del país. Aun así, en los dos grupos de mayor rezago (infantil y extremo), el gasto por habitante corresponde casi a una octava parte del gasto que se realiza en el Distrito Federal por persona. En las entidades de mayor necesidad en salud, tanto el gasto público como el gasto privado representan una mínima proporción. Esta gráfica muestra que a niveles similares de necesidad, la respuesta de los servicios puede ser muy variada en cuanto a la magnitud de los recursos que aporta para la atención de la salud en su población (gráfica 9).

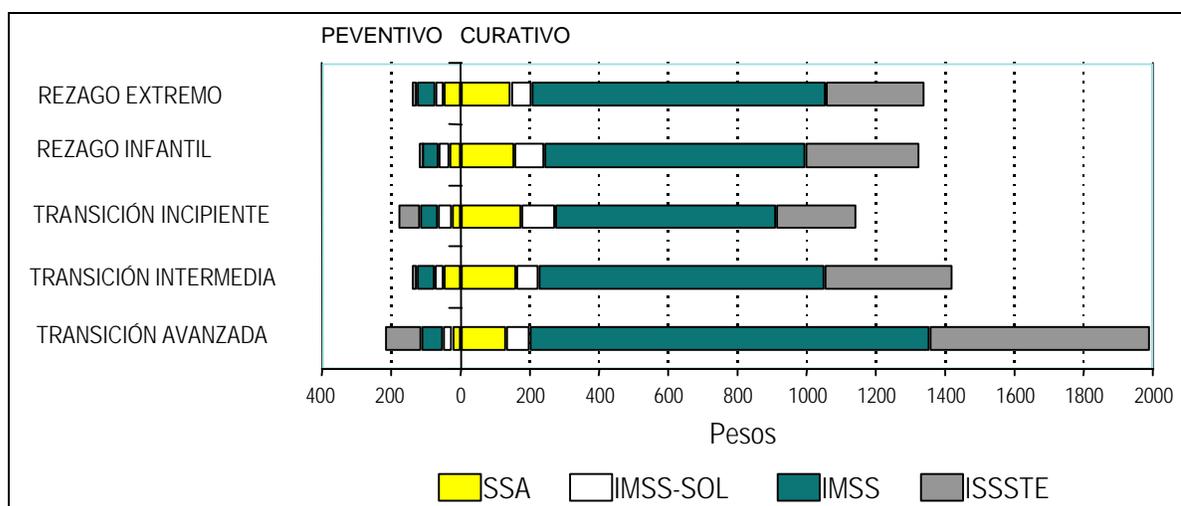
Gráfica 9. Gasto por Habitante Según Tipo de Agente, Entidad y Nivel de Transición Epidemiológica. México, 1995.



Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

La composición del gasto público según institución y tipo de programa muestra que la mayor parte del gasto es curativo, y que su monto se eleva en las regiones de transición más avanzada. Sin embargo, es en la región de transición más avanzada donde se realiza también el mayor gasto preventivo. Si se considera la aportación de cada institución al gasto público por usuario, se encuentra que el gasto en el IMSS, seguido por el gasto en el ISSSTE, son los que explican el cambio de magnitud del gasto en salud. Dentro de los programas preventivos, el gasto del ISSSTE pareciera ser el que determina más los cambios. El IMSS y el ISSSTE participan con una mayor proporción de recursos por usuario en las entidades de transición avanzada e intermedia. La contribución de la SSA es mayor entre las entidades con rezago extremo, sin que por ello se trate de un monto elevado de recursos. Destaca el hecho de que en la región de rezago infantil, el gasto preventivo por usuario sea menor que en el grupo con rezago extremo, lo que posiblemente sea reflejo del impacto de la política de apoyo a estas entidades (gráfica 10).

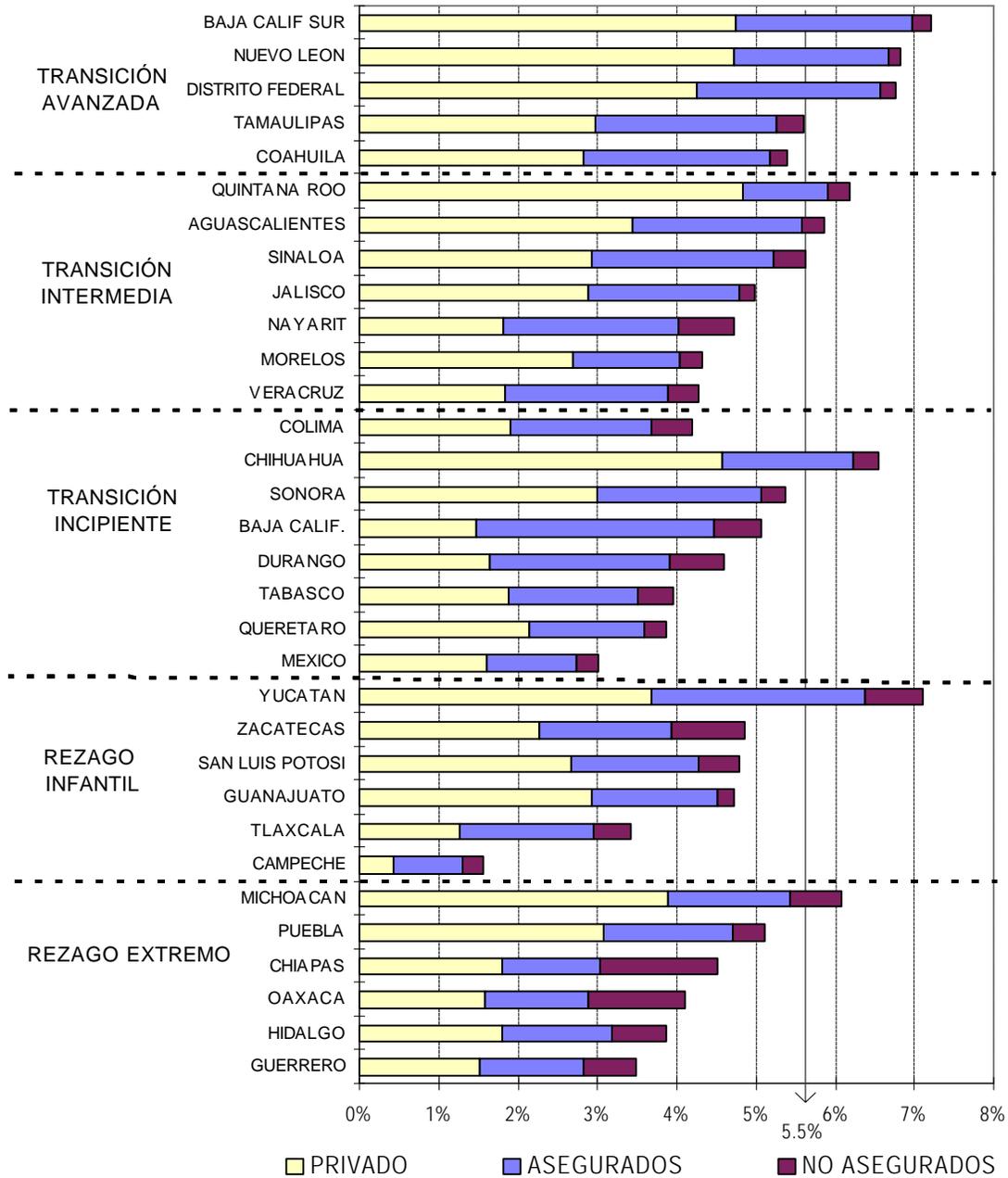
Gráfica 10. Gasto Público por Usuario en Servicios Preventivos y Curativos Según Regiones de Transición Epidemiológica. México, 1995.



Fuente: Las Cuentas Nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

Este mismo análisis por región según avance de la transición epidemiológica de las entidades, y comparando el gasto en salud por tipo de agente -privado, para población asegurada y no asegurada- con respecto del PIB de cada estado, muestra que la magnitud del gasto en los estados con menor rezago cambia en una proporción de 2%, en tanto que en las entidades de mayor rezago la diferencia en el gasto en salud corresponde hasta de 5%, mostrando que los estados realizan una aportación de su riqueza, en forma relativamente heterogénea con respecto de su nivel de necesidad, en particular entre las entidades con mayor rezago epidemiológico. Asimismo, la gráfica permite observar que la contribución al gasto en salud de los recursos de la seguridad social se asocia con el nivel de transición existente, pues corresponden a una proporción promedio mayor del PIB en las entidades de transición más avanzada que en las de rezago, salvo excepciones, como la de Yucatán (gráfica 11).

Gráfica 11. Gasto estatal en salud como porcentaje del P.I.B. según nivel de Transición Epidemiológica. México, 1995.



Fuente: Las Cuentas nacionales de Salud 1995. FUNSALUD México 1998.

3.8 El gasto de los hogares

Los gastos privados representan la mayor proporción del gasto total en salud. En México el gasto promedio en salud de los hogares se incrementa con el ingreso al igual que el gasto total, pasa de menos de \$100 pesos (15 USD) para el primer decil, hasta más de \$3,300 (500 USD). La participación en el mercado, en términos monetarios absolutos, es superior en los hogares de ingresos medios (3.01 a 25 veces el salario mínimo), los cuales concentran su gasto en servicios ambulatorios. Los servicios hospitalarios y la consulta son gastos de los grupos de mayores ingresos. En los hogares de bajo ingreso predomina el gasto en consulta y medicamentos (ver anexo 4).

Cualquier propuesta de cambio en el financiamiento de los servicios requiere que se justifique a nivel nacional y de un análisis por estado, institución, programa y población para modelar las propuestas específicas. El potencial de las CNS se obtendrá en la medida en que la información sea utilizada para evaluar la dinámica de la reforma de la salud.

4. Las Cuentas Nacionales de Salud y la Reforma Actual del Sistema Nacional de Salud en México

Durante la reforma se han formulado políticas específicas que se proponen solucionar las barreras para el logro de los objetivos del SNS. En este contexto, la estimación de las CNS busca apoyar esta reforma, generando información sobre el financiamiento y la asignación de recursos. Las CNS son un sistema de información que permite apoyar la toma de decisiones, dar seguimiento y evaluar las políticas financieras de la reforma del SNS. Facilitan la identificación de los actores, su papel y relevancia, y las modalidades con las que interactúan en los diferentes tramos del proceso. Por ello, las CNS permiten cuantificar el financiamiento del sistema, la distribución de recursos entre los agentes, así como el tránsito de recursos entre éstos y hacia las instituciones prestadoras de los servicios.

La principal contribución de las CNS en México para el año de 1992, es la cuantificación de la magnitud del gasto total en salud, que representó 5% del PIB (Cruz et al 1994). Antes se estimaba que este gasto representaba solamente 3% del PIB. En la estimación de 1995, la magnitud del gasto en salud se mantiene, y se confirma su crecimiento permanente a precios corrientes, así como el hecho de que este incremento no ha superado a la inflación del período, cuando se compara su monto a precios constantes de 1993.

Además, las CNS han permitido identificar que los aportes al sistema provienen fundamentalmente de los hogares bajo diferentes modalidades y, de manera particular, como gastos de bolsillo. El gasto en salud privado ha sido superior al público desde la estimación de 1992, lo que resulta un hallazgo inesperado dado que en México, se reconoce al sistema de atención público como el principal proveedor de servicios durante casi 50 años. Sin embargo, los recursos que se destinan a los servicios privados, heterogéneos y dispersos, resultan mayores que el conjunto de los recursos de los agentes públicos.

Dado que la participación de la población en el gasto en salud ha ido incrementándose, el análisis a través de sus diferentes componentes debe continuar. Este es el caso del gasto realizado por las organizaciones privadas no lucrativas, de las que sabemos que empiezan a ser importantes en el SNS sin embargo se tiene poca información sobre el monto de sus recursos y la orientación hacia población, problemática de salud y áreas geográficas de servicio.

El gasto en el seguro médico privado es muy reducido, encontrando entonces que la modalidad predominante del gasto de los agentes privados corresponde al gasto de bolsillo como resultado de la falta de previsión social ante los problemas de salud. Esta situación provoca que 4.3% de todos los hogares, 20% de los hogares de menor ingreso y 1% de los de mayor ingreso se enfrenten a gastos de salud catastróficos, es decir, gastos del bolsillo en salud equivalentes a más del 50% del gasto total disponible de los hogares, lo que afecta su bienestar de manera permanente (anexo 4). En 1995 no hay evidencia de alguna protección gubernamental de los gastos mayores en salud para la población no asegurada y pobre.

En México, la movilización de los recursos que se gastan del bolsillo hacia el gasto en servicios de prepago -públicos y privados- tiene un carácter urgente, entre otras razones porque con ello se puede proteger la economía familiar. Un ejemplo de este tipo de políticas en la reforma actual es el

nuevo Seguro para la familia del IMSS, que permite a cualquier familia comprar al IMSS un seguro de salud amplio.

En conjunto, todos los niveles socioeconómicos de población dirigen el mayor monto de recursos hacia los servicios privados. Sin embargo, el gasto privado de bolsillo no necesariamente representa un mayor beneficio para quienes lo realizan. Al momento de pagar, el usuario enfrenta una gran heterogeneidad de precios, los cuales se han visto además afectados por tasas de crecimiento mayores a la inflación general. En promedio, cada peso en el sector privado compra menos cantidad de servicio que en el sector público, sin que se haya demostrado aun que la calidad del servicio recibido sea mayor (Brailovsky 1997). Los servicios privados de salud tienen el reto de lograr una mayor eficiencia en su gasto para compensar esta dinámica. Las CNS contribuyen en este proceso a valorar el incremento del gasto en salud y la sustentabilidad de la atención.

Son múltiples las políticas para la reforma que pueden ser valoradas a través de las CNS. Una de ellas es reorientar los recursos hacia los programas prioritarios y costo-efectivos. La ineficiencia en la asignación de los recursos financieros ha resultado de la construcción de presupuestos con base en una experiencia histórica y centralizada, en la que la participación local ha sido reducida, obstaculizando así el ajuste de los presupuestos según las características epidemiológicas, la infraestructura disponible y la capacidad administrativa de cada institución. Hasta 1995, el monto financiero de los programas no reflejaba su verdadera prioridad, y tampoco se basa en elementos de costo-efectividad de las acciones.

La distribución de recursos por institución proveedora en 1995 revela que se favorece el gasto entre los usuarios asegurados, reflejo de la política de apoyo a la capacidad productiva de los grupos responsables de operar el proyecto económico, a través del financiamiento público de los servicios de seguridad social. La reforma busca replantear este enfoque y propone ampliar las opciones de atención a la población en general independientemente de su condición laboral.

El análisis realizado muestra que deberán reorientarse los recursos para que permitan cubrir a la población que en 1995 aún permanecía sin acceso permanente a los servicios de salud. Lo cierto es que, si se consideran los gastos en salud en su conjunto, México podría cubrir a la mayor parte de la población con un paquete básico de servicios costo-efectivos con valor de US\$22 por persona con recursos públicos.

Una evaluación de la equidad del sistema deberá dar seguimiento a estas diferencias, en particular porque existen políticas específicas adoptadas para reducirlas al aumentar el gasto en población vulnerable. Este es el caso de los programas para la población en áreas rurales y marginadas. Por otra parte, el presupuesto escaso de las instituciones públicas, hacen necesario elevar la eficiencia de su ejercicio, a través de operar estrategias de coordinación de sus acciones, de orientarlas hacia grupos de población complementarias y asegurar que realicen intervenciones de mayor costo-efectividad. Estos cambios, en proceso, se podrán monitorear a través de las CNS.

Un objetivo de la reforma es asegurar la eficiencia del gasto en salud a través de fomentar la competencia entre las instituciones y sus servicios, lo que flexibilizará la cobertura poblacional actual, y además, reducirá los traslapes existentes actualmente, que implican duplicidad de gasto privado e institucional y dificulta la asignación eficiente de recursos.

El seguimiento histórico de los gastos por programa y objeto de gasto señala que se ha conservado reducido el gasto en infraestructura y capital humano. Sin embargo, la escasez de recursos se ha prolongado, de manera que instituciones como el IMSS han operado programas específicos para la conservación y el reequipamiento de sus unidades. Esta política deberá extenderse, en particular en los servicios de salud públicos. También en este objetivo la utilidad de las CNS resulta inminente pues no existe un sistema de información integral que permita relacionar los costos con la efectividad y el tamaño óptimo para obtener economías de escala.

Asimismo, la caída de los salarios reales no ha sido compensada en los servicios públicos y de la seguridad social, en los que además existen cargas de trabajo heterogéneas. Actualmente se busca operar esquemas de remuneración que incentiven el desempeño y el uso eficiente de los recursos. A través de las CNS se puede dar seguimiento a estos procesos de reforma, si se logra realizar el análisis por tipo de servicio, de gasto y de insumo, de manera que se refleje el detalle de estos gastos por institución. Esto requiere de una mayor colaboración de las instituciones, que a su vez se beneficiarán en su gestión de las estimaciones. Dado el proceso de descentralización en curso, las entidades también podrán beneficiarse de las estimaciones de las CNS.

Actualmente se ha dado seguimiento al gasto en salud de una gran parte de las instituciones que conforman el SNS en México. En algunas de ellas existía ya una tradición de registro y análisis financiero, pero en otras ha representado un primer ejercicio que, al participar en esta contabilidad, les ha brindado la oportunidad de analizar sus datos en forma integral. El aprendizaje de las propias instituciones que proporcionan la información es un elemento importante, pues es así como podrán utilizar mejor los resultados de su contabilidad y de las comparaciones que realicen respecto de otros componentes del SNS.

En México, los procesos actuales de descentralización de la gestión financiera pública hacia las entidades sugieren que en este nivel se formarán nuevas alternativas de integración y coordinación de los servicios de salud, lo que potencialmente enriquecerá el esquema financiero actual y mejorará la asignación de recursos internos. Estos nuevos procesos, dada su complejidad, requieren de seguimiento. Las entidades necesitarán información que apoye la toma de decisiones y de seguimiento de los resultados hacia su interior.

Posteriormente a 1995, la descentralización ha operado criterios que buscan alcanzar mayor eficiencia en el gasto, tanto en su asignación como en su ejercicio. La idea es lograr una mayor adecuación del gasto a las necesidades administrativas y de salud locales. El proceso se ha complementado con otras acciones. La capacidad gerencial local se ha apoyado a través de explicitar los criterios de asignación de recursos, el gasto se ha protegido a través de sistemas de licitación y otros mecanismos de gasto se han conservado centralizados para asegurar las ventajas de las compras consolidadas. En conjunto, estos cambios progresivamente modificarán la distribución actual de recursos entre las entidades.

Se han iniciado políticas para elevar el gasto en las entidades con mayor rezago epidemiológico, una de las cuales otorga recursos adicionales procedentes del Banco Mundial, que se dirigen a poblaciones especiales como el Programa de Ampliación de Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), que opera en entidades de rezago extremo. Sin embargo, en 1995, las entidades de rezago extremo e infantil aún presentaban niveles de gasto reducidos. Después de 1995 se han dirigido recursos adicionales de la SSA para ampliar la cobertura a la población rural dispersa, por lo que se espera que el financiamiento público a las zonas de rezago se incremente aún más en el período de 1996 al año 2000.

Los recursos del programa PASSPA se concentran en el paquete básico de servicios, lo que ha elevado el gasto en atención preventiva dentro de los estados con mayor rezago epidemiológico. Aun así, el gasto curativo es relativamente alto. Algunas instituciones en contacto con los grupos que alcanzan niveles mayores de rezago epidemiológico, como el Instituto Nacional Indigenista, únicamente brindan servicios de salud preventivos, que por considerarse también bienes públicos, justifican el gasto público ejercido en ellos. Sin embargo, aún no se lleva a cabo un seguimiento que detecte el impacto de los gastos preventivos en la salud de la población en esas zonas de rezago epidemiológico.

El potencial de las CNS se obtendrá en la medida en que toda la información generada sea utilizada para evaluar las propuestas de los tomadores de decisiones.

4.1 Las Cuentas Nacionales de la Salud como Herramienta de Gestión Financiera del Sistema Nacional de Salud.

Las CNS se visualizan integralmente como una herramienta de gestión financiera del SNS en México que opera en tres ámbitos, macroeconómico o de las finanzas del país, de la gestión financiera y de la asignación de los recursos para las intervenciones dentro del SNS y sus instituciones. Estos ámbitos se expresan en tres niveles de decisión, el sistémico, el organizacional y el programático. Las CNS representan el nivel instrumental de apoyo a cada etapa del proceso de gestión financiera.

En el nivel más agregado se decide el monto del gasto de que dispone la sociedad para la atención de la salud, ya sea a través de agentes públicos, de seguridad social o privados. Usualmente, este monto se expresa como una proporción del PIB y se establece a través de la política monetaria y fiscal que apoya e incentiva las acciones del SNS. Asimismo en este nivel se definen las fuentes y las reglas que gobiernan la organización de los agentes de financiamiento, que representan los valores de la sociedad*. Actualmente en México existe una política para complementar las acciones de los servicios públicos y de seguridad social que incentiva el gasto privado a través de exenciones fiscales.

La gestión de los recursos se expresa en el monto que se dirige hacia los diversos agentes de financiamiento e instituciones prestadoras de servicios. La asignación de los recursos establece el gasto por institución, la población a cubrir y los programas a realizar, así como las metas que habrán de lograrse. En el caso de los servicios públicos existe una vigilancia de este proceso a través de la SHCP y en los privados, la asignación se basa en las expectativas de retornos del capital, buscando el equilibrio financiero en la operación de los servicios.

La gestión de los recursos en este nivel se establece a través del flujo de recursos a los agentes, que definen los criterios para su distribución en las instituciones prestadoras de los servicios. Los criterios se expresan en la regulación y normatividad del sistema. Sin embargo, las normas específicas para la asignación de recursos por programa, la intervención y, en general, la operación de los servicios se llevan a cabo en el nivel operativo.

Cada institución se articula funcionalmente con el resto del SNS. Los vínculos pueden ser implícitos o explícitos, y operan a través de estrategias diversas como la integración, la concertación y la inducción. De ahí que la dinámica del sistema orienta la prestación de servicios de cada institución tanto pública como privada al establecer las prioridades en términos de los grupos de población a cubrir, área geográfica de acción y los problemas a tratar.

Las acciones del SNS usualmente se agrupan en programas articuladores de financiamiento y prestación de servicios, los cuales están definidos por la SHCP y para los cuales establecen compromisos las instituciones públicas. En el nivel más amplio, se definen los criterios para la recuperación de recursos y las reglas de autorización y organización del pluralismo en el financiamiento para cada programa. La gestión financiera específicamente establece las normas que definen los contenidos de la atención, así como las exclusiones que en forma implícita y explícita rigen la prestación de los servicios. Por ejemplo, en el seguro privado existe un mayor número de reglas explícitas sobre las exclusiones de la cobertura. Existe actualmente un proceso de normatividad intenso para regular la prestación de estos servicios y una de estas expresiones son los recursos humanos y materiales que se asignan a los programas e intervenciones particulares (cuadro 8).

* Proponemos que con la reforma, los valores son la cobertura universal, el pluralismo financiero, la separación del financiamiento y la prestación de los servicios, y la competencia administrada.

La experiencia de estimar las CNS en México ha mostrado su beneficio y se espera que sea ampliamente explotada a través de toda la gama de análisis a los que puede dar lugar. Algunos ejemplos se presentan en los anexos del documento.

Cuadro 8. Las Herramientas de la Gestión Financiera del SNS en México.

Nivel de Análisis	Sistémico	Organizacional	Programático	Instrumental
Finanzas del país	<ul style="list-style-type: none"> Fuentes de financiamiento: Gobiernos Federal, Estatal y Municipal Empresas Hogares Externos 	Prioridades de grupos de población, área geográfica y problemas de salud <ul style="list-style-type: none"> Instituciones públicas Instituciones privadas 	Normas de contribuciones, cuotas de recuperación y pagos por servicio.	Sistema integral de información financiera: <ul style="list-style-type: none"> Cuentas Nacionales de Salud
Gestión financiera del SNS	Asignación de los recursos a los agentes financieros <ul style="list-style-type: none"> Seguridad social: Obligatorio y Seguro para la Familia. No asegurados Medicina prepagada: seguro médico Privado virtual 	<ul style="list-style-type: none"> Normas de transferencia de recursos Convenios de Subrogación Convenios de venta de servicios Copagos y deducibles Normas para la asignación de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> Planes de seguros Normas sobre la exclusión de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Monto y flujos financieros: Fuentes a agentes de financiamiento Agentes a instituciones prestadoras de servicios
Asignación de los recursos para intervenciones de salud	Asignación por persona, por institución y programa. <ul style="list-style-type: none"> Metas por programa Retorno de capital. Equilibrio financiero 	<ul style="list-style-type: none"> Asignación por paquetes de intervención Asignación por programa Compra consolidada de insumos 	<ul style="list-style-type: none"> Asignación por usuario Asignación por Objeto de gasto 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo y evaluación de los procesos de gestión Gasto por: <ul style="list-style-type: none"> * Fuente * agente * institución prestadora * programa * objeto de gasto * intervención * producto * usuario * persona

4.2 Limitaciones y perspectivas

Se ha logrado estimar el gasto en salud de 1992 a 1995 de México y sus estados. Sin embargo el trabajo aun muestra limitaciones que se asocian a la falta de acceso a los datos. Ello se debe a múltiples razones, como son la ausencia de registro de algunos aportes obtenidos por las diversas fuentes de financiamiento, y a la ausencia de disponibilidad de dichos registros, por ser considerados confidenciales por algunas instituciones, como es el caso del gasto de los servicios médicos de la SEDENA y Marina, aun cuando en sentido estricto, una parte de su presupuesto se dirige a brindar atención a grupos más amplios de población y no exclusivamente a sus derechohabientes. Se carece de información específica del gasto en salud con respecto de otros gastos de las instituciones, en especial en aquellas cuya actividad no es exclusivamente la prestación de servicios médicos, como el INI, PEMEX y el IMSS. Asimismo, se carece de acceso a los registros según área geográfica, tipo de unidad y tipo de insumos. Dentro de los servicios privados, la ausencia de registros según tipo de servicio, tipo de gasto y de insumo es aun mayor, en particular para su análisis según área geográfica.

La estimación de las CNS en México progresivamente ha alcanzado una mayor precisión en sus resultados. Gracias a ello se cuenta por primera vez con una cifra única de gasto en salud en México para 1995, cifra que, por la metodología utilizada, parece ser más concordante con las estimaciones que en años previos fueron consideradas como los límites superiores del gasto (estimaciones altas). Sin embargo los cambios actuales en la estructura financiera del SNS en México hacen necesaria la flexibilización de los sistemas de obtención, clasificación y registro de los gastos en salud y anticipan futuras modificaciones en sus resultados.

Existe la necesidad de documentar los cambios en el financiamiento del SNS, y de generar indicadores útiles para el seguimiento, por ejemplo, de los incrementos de erogaciones por insumos particulares, tales como los medicamentos, cuyo precio se liberó recientemente, así como por el tipo de unidad de atención que para 1995 no estaba disponible. Asimismo, en un contexto nacional, el cambio en la paridad y en los índices de inflación son factores que necesariamente deben incluirse en dicho seguimiento. Los cambios que deben ser evaluados a detalle son los que responden a la reforma del sector. De hecho, es ahora cuando los cambios más drásticos de la reforma están empezando a operar, como el incremento de participación estatal en el financiamiento del IMSS y la descentralización de la gestión financiera en las entidades.

Algunos eventos que requieren de seguimiento atañen a instituciones particulares, pero son importantes en el conjunto del gasto en salud. Este es el caso de los indicadores específicos para valorar la separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios dentro del IMSS.

Si bien se ha identificado la necesidad y beneficio de las CNS, lo cierto es que éstas representan una herramienta parcial, por lo que sería necesario ampliar los sistemas de valoración institucionales para potenciar los alcances evaluativos en el sistema. Ello implica la realización simultánea de estudios sobre la efectividad, entre otros, que necesariamente deberán alcanzar niveles de desagregación tales que permitan la toma de decisiones a nivel estatal, por institución y programa.

Entre los ejemplos del uso ampliado de las CNS figura la generación de una base de datos que permita realizar proyecciones y análisis de escenarios sobre cambios propuestos o deseables en el gasto del SNS y su impacto a diferentes niveles de operación. Asimismo, los estudios de efectividad y costos permitirán establecer propuestas de asignación más eficientes. Si se combinan con valoraciones de las necesidades de salud, los análisis apoyarán la generación de propuestas para elevar la equidad, eficiencia y calidad.

En México se ha logrado dar continuidad a la estimación de las CNS por FUNSALUD. Sin embargo, el país actualmente ha avanzado en su compromiso por realizar estas estimaciones ante la comunidad mundial. Para continuar con este esfuerzo la SSA como cabeza de sector tomará una parte más activa para facilitar la obtención de los datos con el detalle necesario y para propiciar el análisis y uso de resultados. Se espera en el corto plazo por lo tanto, un cambio en la institucionalización de la estimación de las CNS.

5. Matrices

Matriz 1							
Gasto en Salud Según Fuentes de Financiamiento. México, 1995 (millones de pesos)							
Fuentes	Hogar	Empresa	Gobierno Federal	Gobierno Estatal	O.N.G. Nacionales	O.N.G. Internacionales	TOTAL
Agentes							
IMSS	6,676 22.5%	21,451 72.3%	1,505 5.1%	38 0.13%			29,669 29.4%
ISSSTE	921 28.7%		2,212 68.9%	76 2.4%			3,208 3.2%
SEDENA*			307 100%				307 0.30%
MARINA*			80 100%				80 0.08%
PEMEX			1,345 100%				1,345 1.3%
Subtotal Seguridad Social	7,596 21.9%	21,451 62.0%	5,449 15.7%	113 0.33%			34,610 34.3%
SSA			6,459 92.7%	358 5.1%		148 2.1%	6,965 6.9%
IMSS Solidaridad			1,336 99.8%	3 0.24%			1,339 1.3%
DIF			140 51.2%	134 48.8%			274 0.27%
DDF			561 100%				561 0.56%
INI			13 100%				13 0.01%
Subtotal Servicios Públicos			8,510 93.0%	495 5.4%		148 1.6%	9,153 9.1%
Privado Virtual **	55,455 99.5%	300 0.5%					55,755 55.2%
Seguro Médico Privado **	1,222 86.0%	199 14.0%					1,421 1.4%
Subtotal Servicios Privados	56,677 99.1%	499 0.87%					57,176 56.6%
TOTAL	64,273 63.7%	21,950 21.7%	13,959 13.8%	608 0.60%		148 0.15%	100,938 100%

*Los agentes SEDENA y MARINA reciben recursos de un agente intermediario ISSFAM, en proporción de 19.2% y 17.5% respectivamente.

** Incluye el gasto en medicamentos en farmacias y dentro de los servicios privados.

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 1							
Gasto en salud según fuentes de financiamiento. México, 1995 (millones de dólares)							
Fuentes	Hogar	Empresa	Federal	Estatal	Nacionales	Internacionales	TOTAL
Agentes							
IMSS	1,011.45 22.5%	3,250.13 72.3%	228.07 5.1%	5.69 0.1%			4,495.34 29.4%
ISSSTE	139.51		335.14 68.9%	11.44 2.4%			486.09 3.2%
SEDENA*			46.54 100.0%				46.54 0.3%
MARINA*			12.09 100.0%				12.09 0.1%
PEMEX			203.80 100.0%				203.80 1.3%
Subtotal Seguridad Social	1,150.96 21.9%	3,250.13 62.0%	825.64 15.7%	17.14 0.3%			5,243.87 34.3%
SSA			978.66 92.7%	54.21 5.1%		22.49 2.1%	1,055.36 6.9%
IMSS Solidaridad			202.46 99.8%	0.48 0.2%			202.94 1.3%
DIF			21.26 51.2%	20.30 48.8%			41.56 0.3%
DDF			85.05 100.0%				85.05 0.6%
INI			1.90 100.0%				1.90 0.0%
Subtotal Servicios Públicos	0.00	0.00	1,289.33 93.0%	74.99 5.4%		22.49 1.6%	1,386.81 9.1%
Privado Virtual**	8,402.31 99.5%	45.44 0.5%					8,447.74 55.2%
Seguro Médico Privado **	185.10 86.0%	30.13 14.0%					215.23 1.4%
Subtotal Servicios Privados	8,587.41 99.1%	75.57 0.9%	0.00	0.00	0.00	0.00	8,662.98 56.6%
TOTAL	9,738.37 63.7%	3,325.70 21.7%	2,114.97 13.8%	92.12 0.6%	0.00	22.49 0.1%	15,293.65 100.0%

*Los agentes SEDENA y MARINA reciben recursos de un agente intermediario ISSFAM, en proporción de 19.2% y 17.5% respectivamente.

**Incluye el gasto en medicamentos en farmacias y dentro de los servicios privados.

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 2														
Gasto en salud que asignan los agentes a las instituciones prestadoras de servicios. México, 1995 (millones de pesos)														
Instituciones prestadoras Agentes	IMSS	ISSSTE	SEDENA	MARINA.	PEMEX	SSA	IMSS Sol.	DIF	DDF	INI	Privado Lucrativo	Farmacias *	Privado no lucrativo	TOTAL
IMSS	28,670 96.6%										1,000 3.4%			29,669 29.4%
ISSSTE	33 1.0%	3,105 96.8%				8 0.3%					62 1.9%			3,208 3.2%
SEDENA			307 100%											307 0.3%
MARINA				80 100%										80 0.1%
PEMEX					1,345 100%									1,345 1.33%
Subtotal Seguridad Social	28,703 82.9%	3,105 9.0%	307 0.9%	80 0.2%	1,345 3.9%	8 0.02%					1,061 3.1%			34,610 34.3%
SSA						6,965								6,965 6.9%
IMSS Solidaridad							1,339 100%							1,339 1.3%
DIF								274 100%						274 0.3%
DDF									561 100%					561 0.6%
INI										13 100%				13 0.01%
Subtotal Servicios Públicos						6,965 76.1%	1,339 14.6%	274 3.0%	561 6.1%	13 0.14%				9,153 9.1%
Privado Virtual			0.03 0.0001%			349 0.6%					38,115 68%	17,093 31%	198 0.4%	55,755 55.2%
Seguro Médico Privado											1,151	270		1,421
Subtotal Servicios Privados			0.03 0.0001%			349 0.6%					39,266 81%	17,363	198	57,176 56.6%
TOTAL	28,703 28.4%	3,105 3.1%	307 0.3%	80 0.1%	1,345 1.3%	7,322 7.3%	1,339 1.3%	274 0.3%	561 0.6%	13 0.01%	40,327 40.0%	17,363 17.2%	198 0.2%	100,938 100%

*Incluye el gasto en medicamentos dentro de los servicios privados.
Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 2														
Gasto en salud que asignan los agentes a las instituciones prestadoras de servicios. México, 1995 (millones de dólares)														
Instituciones prestadoras Agentes	IMSS	ISSSTE	SEDENA	MARINA.	PEMEX	SSA	IMSS Sol.	DIF	DDF	INI	Privado Lucrativo	Farmacias *	Privado no lucrativo	TOTAL
IMSS	4,343.89 96.6%										151.45 3.4%			4,495.34 4.5%
ISSSTE	5.00 1.0%	470.46 96.8%				1.25 0.3%					9.38 1.9%			486.09 0.5%
SEDENA			46.54 100%											46.54 0.0%
MARINA				12.09 100%										12.09 0.0%
PEMEX					203.80 100%									203.80 0.20%
Subtotal Seguridad Social	4,348.89 82.9%	470.46 9.0%	46.54 0.9%	12.09 0.2%	203.80 3.9%	1.25 0.02%					160.83 3.1%			5,243.87 5.2%
SSA														1,055.36 1.0%
IMSS Solidaridad							202.94 100%							202.94 0.2%
DIF								41.56 100%						41.56 0.0%
DDF									85.05 100%					85.05 0.1%
INI										1.90 100%				1.90 0.00%
Subtotal Servicios Públicos						1,055.36	202.94	41.56	85.05	1.90				1,386.81 1.4%
Privado Virtual			0.00 0.00%			76.1% 52.85 0.6%	14.6%	3.0%	6.1%	0.14%	5,775.05 68%	2,589.84 31%	29.99 0.4%	8,447.74 8.4%
Seguro Médico Privado											174.34	40.89		215.23 0.2%
Subtotal Servicios Privados			0.00 0.00%			52.85 0.6%					5,949.39 68.7%	2,630.74 30.4%	29.99 0.3%	8,662.98 8.6%
TOTAL	4,348.89 28.4%	470.46 3.1%	46.55 0.3%	12.09 0.1%	203.80 1.3%	1,109.47 7.3%	202.94 1.3%	41.56 0.3%	85.05 0.6%	1.90 0.01%	6,110.22 40.0%	2,630.74 17.2%	29.99 0.2%	15,293.65 15%

*Incluye el gasto en medicamentos dentro de los servicios privados.

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 3									
Gasto en salud por tipo de servicios de los agentes. México, 1995 (millones de pesos)									
Agentes \ Tipo de servicio	Administración	Atención Preventiva	Atención Curativa	Producción de Insumos Médicos y Material	Desarrollo de la Investigación Fundamental aplicada y experimental	Regulación y Fomento a la Salud	Ampliación y Mejoramiento de la Planta Física Educ. y Capacitación	No Especificado	TOTAL
IMSS	4,919 16.6%	1,410 4.8%	22,058 74.3%		7 0.02%		1,277		29,669 29.4%
ISSSTE	181 5.6%	276 8.6%	2,561 79.8%	0 0.003%	5 0.2%	0.16 0.005%	185.44 5.780%		3,208 3.2%
SEDENA	241 78.4%	0.10 0.03%	33 10.9%	31 10.2%	0.001 0.0002%		1 0.5%		307 0.3%
MARINA	0.00	0.00	0.00	0.00				80 100%	80 0.1%
PEMEX								1,345 100%	1,345 1.3%
Subtotal Seguridad Social	5,340 15.4%	1,686 4.9%	24,652 71.2%	31 0.09%	12 0.03%	0 0.0005%	1,464 4.229%	1,425 4.1%	34,610 34.3%
SSA	2,196 31.5%	728 10.5%	3,233 46.4%	72 1.0%	135 1.9%	141 2.0%	461 6.6%		6,965 6.9%
IMSS Solidaridad	276 20.6%	274 20.5%	694 51.8%				95.48		1,339 1.3%
DIF	243 88.5%				4 1.6%		27.20		274 0.3%
DDF	5.03	11 1.9%	538 95.8%				7.86		561 0.6%
INI		12.53 100%							12.53 0.0%
Subtotal Servicios Públicos	2,720 29.7%	1,025 11.2%	4,464 48.8%	72 0.8%	140 1.5%	141 1.5%	591 6.5%		9,153 9.1%
Privado Virtual *		6,236 11.2%	49,519 88.8%						55,755 55.2%
Seguro Médico Privado*		159 11.2%	1,262 88.8%						1,421 1.4%
Subtotal Servicios Privados		6,395 11.2%	50,781 88.8%						57,176 56.6%
TOTAL	8,060 8.0%	9,106 9.0%	79,897 79.2%	103 0.10%	152 0.15%	141 0.1%	2,055 2.04%	1,425 1.4%	100,938

* Incluye el gasto en medicamentos en farmacias y dentro de los servicios privados.
Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 3.- Gasto en salud por tipo de servicios de los agentes. México, 1995 (millones de dólares)

Agentes \ Tipo de servicio	Administración	Atención Preventiva	Atención Curativa	Producción de Insumos Médicos y Material	Desarrollo de la Investigación Fundamental aplicada y experimental	Regulación y Fomento a la Salud	Ampliación y Mejoramiento de la Planta Física Educ. y Capacitación	No Especificado	TOTAL
IMSS	745 16.6%	214 4.8%	3,342 74.3%		1 0.02%		193		4,495 4.5%
ISSSTE	27 5.6%	42 8.6%	388 79.8%	0 0.003%	1 0.2%	0.02 0.005%	28.10 5.780%		486 0.5%
SEDENA	37 78.4%	0.01 0.03%	5 10.9%	5 10.2%	0.000 0.0002%		0 0.5%		47 0.0%
MARINA	0.00	0.00	0.00	0.00				12 100%	12 0.0%
PEMEX								204 100%	204 0.2%
Subtotal Seguridad Social	809 15.4%	255 4.9%	3,735 71.2%	5 0.09%	2 0.03%	0 0.0005%	222 4.229%	216 4.1%	5,244 5.2%
SSA	333 31.5%	110 10.5%	490 46.4%	11 1.0%	21 1.9%	21 2.0%	70 6.6%		1,055 1.0%
IMSS Solidaridad	42 20.6%	42 20.5%	105 51.8%				14.47		203 0.2%
DIF	37 88.5%				1 1.6%		4.12		42 0.0%
DDF	0.76	2 1.9%	81 95.8%				1.19		85 0.1%
INI		1.90 100%							1.90 0.0%
Subtotal Servicios Públicos	412 29.7%	155 11.2%	676 48.8%	11 0.8%	21 1.5%	21 1.5%	90 6.5%		1,387 1.4%
Privado Virtual *		945 11.2%	7,503 88.8%						8,448 8.4%
Seguro Médico Privado *		24 11.2%	191 88.8%						215 0.2%
Subtotal Servicios Privados		969 11.2%	7,694 88.8%						8,663 8.6%
TOTAL	1,221 8.0%	1,380 9.0%	12,106 79.2%	16 0.10%	23 0.15%	21 0.1%	311 2.04%	216 1.4%	15,294

* Incluye el gasto en medicamentos en farmacias y dentro de los servicios privados.

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 4						
Tipo de gasto de los agentes de servicios de salud. México, 1995 (millones de pesos)						
Tipo de Gasto	Servicios personales	Materiales y suministros *	Servicios generales	Infraestructura	No Especificado	TOTAL
Agentes						
IMSS	14,223 47.9%	3,639 12.3%	10,866 36.6%	941 3.2%		29,669 29.4%
ISSSTE	782 24.4%	340 10.6%	1,994 62.2%	93 2.9%		3,208 3.2%
SEDENA					307 100%	307 0.3%
MARINA	40 50.2%	12 15.6%	15 19.2%	12 15.1%		80 0.1%
PEMEX	324 24.1%	180 13.4%	750 55.7%	91 6.8%		1,345 1.3%
Subtotal Seguridad Social	15,369 44.4%	4,171 12.1%	13,625 39.4%	1,137 3.3%	307 0.9%	34,610 34.3%
SSA	5,182 74.4%	627 9.0%	692 9.9%	463 6.6%		6,965 6.9%
IMSS Solidaridad	845 63.1%	226 16.9%	173 12.9%	95 7.1%		1,339 1.3%
DIF					274 100%	274 0.3%
DDF					561 100%	561 0.6%
INI					13 100%	13 0.01%
Subtotal Servicios Públicos	6,027 65.8%	854 9.3%	865 9.5%	558 6.1%	848 9.3%	9,153 9.1%
Privado Virtual	10,787 19.3%	28,962 51.9%	12,256 22.0%	3,750 6.7%		55,755 55.2%
Seguro Médico Privado	321 22.6%	623 43.9%	365 25.7%	112 7.9%		1,421 1.4%
Subtotal Servicios Privados	11,108 19.4%	29,585 51.7%	12,621 22.1%	3,862 6.8%		57,176 56.6%
TOTAL	32,504 32.2%	34,610 34.3%	27,111 26.9%	5,557 5.5%	1,155 1.1%	100,938 100%

* Incluye el gasto en medicamentos en farmacias y dentro de los servicios privados.
Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 4							
Tipo de gasto de los agentes de servicios de salud. México, 1995 (millones de dólares)							
Agentes	Tipo de Gasto	Servicios personales	Materiales y suministros	Servicios generales	Infraestructura	No Especificado	TOTAL
IMSS		2,155.05 47.9%	551.36 12.3%	1,646.34 36.6%	142.59 3.2%		4,495.34 29.4%
ISSSTE		118.42 24.4%	51.50 10.6%	302.11 62.2%	14.06 2.9%		486.09 3.2%
SEDENA						46.54 100%	47 0.3%
MARINA		6.06 50.2%	1.89 15.6%	2.32 19.2%	1.82 15.1%		12.09 0.1%
PEMEX		49.13 24.1%	27.25 13.4%	113.58 55.7%	13.84 6.8%		203.80 1.3%
Subtotal Seguridad Social		2,328.67	632.00	2,064.34	172.31	46.54	5,243.87
		44.4%	12.1%	39.4%	3.3%	0.9%	34.3%
SSA		785.22 74.4%	95.05 9.0%	104.92 9.9%	70.17 6.6%		1,055.36 6.9%
IMSS Solidaridad		127.99 63.1%	34.31 16.9%	26.21 12.9%	14.44 7.1%		202.94 1.3%
DIF						41.56 100%	41.56 0.3%
DDF						85.05 100%	85.05 0.6%
INI						1.90 100%	1.90 0.0%
Subtotal Servicios Públicos		913.21	129.37	131.12	84.61	128.50	1,386.81
		65.8%	9.3%	9.5%	6.1%	9.3%	9.1%
Privado Virtual		1,634.35 19.3%	4,388.22 51.9%	1,856.95 22.0%	568.22 6.7%		8,447.74 55.2%
Seguro Médico Privado		48.64 22.6%	94.42 43.9%	55.27 25.7%	16.91 7.9%		215.23 1.4%
Subtotal Servicios Privados		1,682.99	4,482.64	1,912.22	585.13		8,662.98
		19.4%	51.7%	22.1%	6.8%		56.6%
TOTAL		4,924.87 32.2%	5,244.01 34.3%	4,107.68 26.9%	842.04 5.5%	175.04 1.1%	15,293.65 100.0%

* Incluye el gasto en medicamentos en farmacias y dentro de los servicios privados.
Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

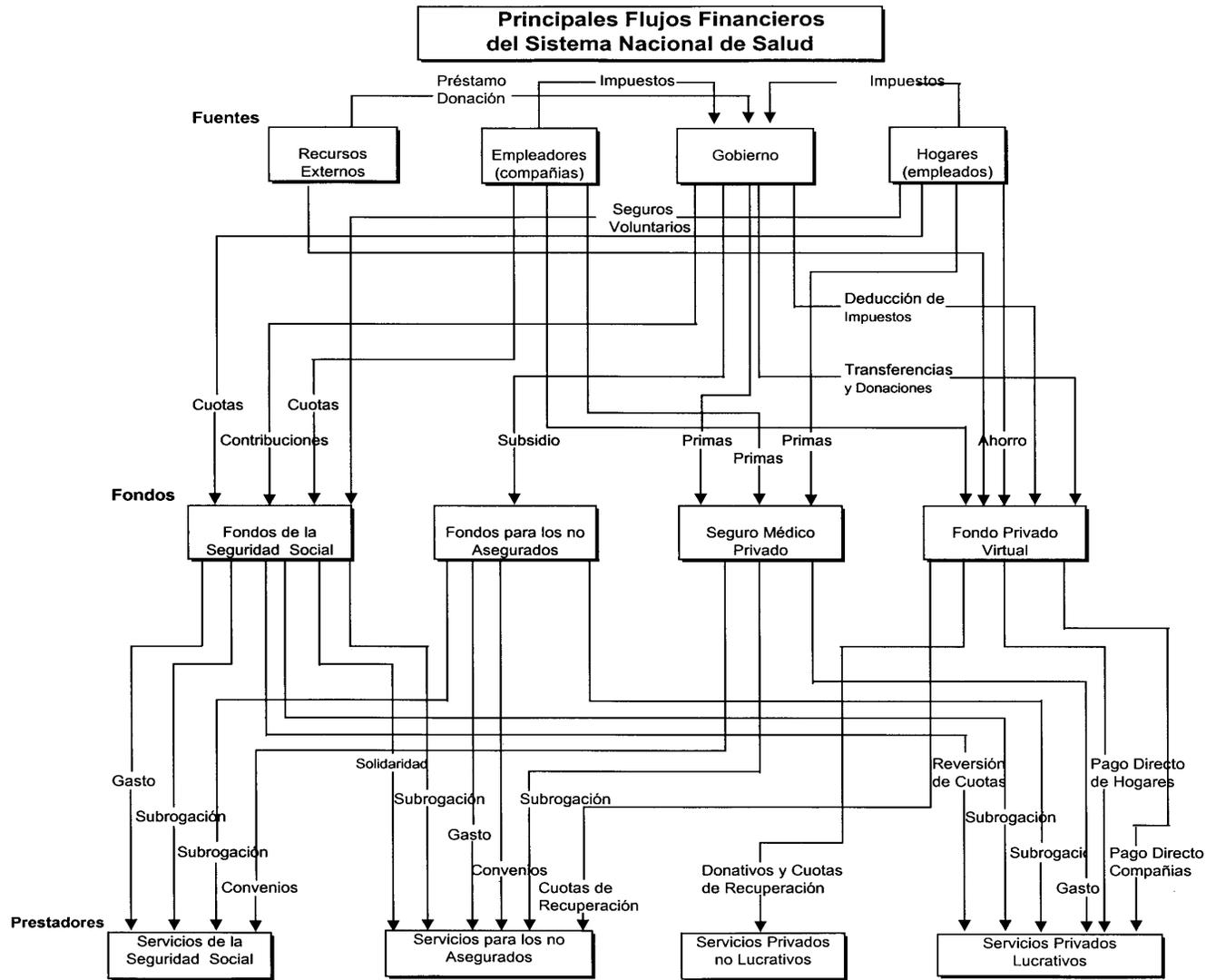
Matriz 4							
Tipo de gasto de los agentes de servicios de salud. México, 1995 (millones de pesos)							
Tipo de Gasto Agentes	Servicios personales	Materiales y suministros	Medicamentos	Servicios generales	Infraestructura	No Especificado	TOTAL
Servicios Públicos	21,396	2,707	2,318	14,490	1,696	1,155	43,762
	48.9%	6.2%	5.3%	33.1%	3.9%	2.6%	43.4%
Servicios Privados	11,108	12,223	17,363	12,621	3,862		57,176
	19.4%	21.4%	30.4%	22.1%	6.8%	0.0%	56.6%
TOTAL	32,504	14,930	19,681	27,111	5,557	1,155	100,938
	32.2%	14.8%	19.5%	26.9%	5.5%	1.1%	100.0%

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Matriz 4							
Tipo de gasto de los agentes de servicios de salud. México, 1995 (millones de dólares)							
Tipo de Gasto Agentes	Servicios personales	Materiales y suministros	Medicamentos	Servicios generales	Infraestructura	No Especificado	TOTAL
Servicios Públicos	3,242	410	351	2,195	257	175	6,631
	48.9%	6.2%	5.3%	33.1%	3.9%	2.6%	43.4%
Servicios Privados	1,683	1,974	2,509	1,912	585		8,663
	19.4%	22.8%	29.0%	22.1%	6.8%		56.6%
TOTAL	4,925	2,384	2,860	4,108	842	175	15,294
	32.2%	15.6%	18.7%	26.9%	5.5%	1.1%	100.0%

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Diagrama 1. Principales Flujos Financieros del Sistema Nacional de Salud



Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 1995.

Anexo 1: Marco Legal de la Gestión Financiera de los Servicios Públicos en México, 1995

Constitución Política del país, en sus artículos 28, 73, 75, 89, 126 y 131.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en sus artículos 9, 31, 32 y 39.

Ley General de Salud, en sus artículos 21, 36 y 104.

Ley Federal de Derechos 1993.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1993, en sus artículos 1, 3, 9, 10, 12, 13, 15, y 17.

Ley de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1993, en sus artículos 1, 2, 10, 11, 14, 16, 19, y 20.

Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público, en sus artículos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 24 y 25.

Ley del Servicios de Tesorería de la Federación.

Ley de Coordinación Fiscal.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales, en sus artículos 2, 3, 4, 5, 12 y 14.

Código Fiscal de la Federación, en sus artículos 1, 4, 11 y 21.

Reglamento Interior de la SSA, en sus artículos 5, 7, 9, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 35, 37 y 38.

Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público en su artículo 23.

Reglamento de la Ley Orgánica de la Tesorería de la Federación.

Reglamento del Código Fiscal de la Federación, y el Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación en su Manual de enero 1991.

Manual de Instrumentos para la Programación Presupuestación 1995. SHCP.

Anexo 2: Metodología de Estimación de las Cuentas Nacionales de Salud

El objetivo de la estimación de las Cuentas Nacionales de Salud es identificar el monto del gasto en salud en cada uno de los componentes del SNS, tanto públicos como privados. Dicha estimación busca además dar un seguimiento adecuado al financiamiento para obtener una imagen integral del flujo de los recursos desde su origen hasta su ejercicio. Esta sección presenta la forma como fueron construidas una serie de matrices cuya información integra el gasto en salud a nivel nacional y por cada una de las entidades federativas.

Inicialmente se identifican los actores involucrados en los flujos financieros del sector. Posteriormente se ubica el papel de cada actor dentro del conjunto de los flujos. Para la estimación de las CNS es necesario identificar la fuente más confiable sobre el gasto del sector. En el caso de México se cuenta con los datos de los informes presidenciales, los informes institucionales y el Boletín Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS). Este último, en su edición correspondiente a 1995, fue el que se utilizó como eje de la estimación en este trabajo, mientras que el uso de información adicional permitió realizar los ajustes y desgloses diversos.

El Boletín del SNS presenta el presupuesto ejercido por institución pública y de seguridad social, como total nacional, así como desagregados estatales y programáticos para la mayor parte de las instituciones. La principal carencia de este reporte se refiere a la falta de información sobre el sector privado, la cual debe buscarse en otras fuentes; tampoco incluye información sobre el gasto en salud de algunas otras instituciones públicas, tales como la Secretaría de la Defensa y de la Marina. Aun así, este anuario se considera la fuente documental más importante ya que se publica con una periodicidad regular, constituye una fuente oficial del sector y recoge datos de un mayor número de instituciones.

La estimación de las CNS toma como punto de partida este Boletín, y se rige por criterios de periodicidad anual, cobertura institucional, integración de información pública y privada, descripción de los flujos de recursos financieros en el sector, eliminación de duplicación de registros y desglose según tipo de gasto, de servicio y área geográfica.

En lo que se refiere al gasto privado, éste usualmente se obtiene en forma agregada a partir del conjunto de hogares, las primas de seguros cobradas, y los medicamentos vendidos y las características económicas de las unidades de servicios, de los que se realiza un desglose estatal, programático y por objeto de gasto.

Gasto institucional según tipo de servicio (matriz 3)

La primera actividad en la estimación de las CNS es identificar las dimensiones de la matriz que presentará la información, en función de los programas y las instituciones que realizan las actividades de salud, de acuerdo con el Boletín del SNS. A esta información inicial se agregan los presupuestos de los servicios de salud de las Secretarías de Marina y de la Defensa y del sector privado, para lo cual se utilizan fuentes de información adicionales.

Dimensiones de la matriz:

Instituciones prestadoras de servicios:

Servicios públicos para población asegurada (servicios de seguridad social)

- ▲ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- ▲ Instituto de Servicios de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- ▲ Servicios de salud de la Secretaría de la Defensa (SEDENA)
- ▲ Servicios de Salud de la Secretaría de la Marina
- ▲ Servicios de Salud para los Trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Servicios públicos para población no asegurada (servicios públicos)

- ▲ Secretaría de Salud (SSA)
- ▲ Servicios de salud del programa IMSS-Solidaridad
- ▲ Servicios para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- ▲ Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF)
- ▲ Servicios Médicos del Instituto Nacional Indigenista (INI)

Servicios privados de atención de la salud

- ▲ Servicios privados virtuales
- ▲ Seguro médico privado

La información del Boletín incluye el gasto por programa, cuyo formato estándar de programas y metas para las instituciones públicas es el acordado con la SHCP, pero no todas ellas realizan el reporte uniforme del gasto. En el caso de los servicios privados, no existe un reporte y la contabilidad de las instituciones no se realiza en un formato único.

Programas Reportados en el Boletín Estadístico

Administración: recursos destinados a establecer, ejecutar y controlar la administración de recursos humanos, técnicos, materiales y financieros de las dependencias

Central

Paraestatal

Política y Planeación de la Salud: recursos destinados a establecer instrumentos de coordinación y concertación, instrumentar, dirigir y evaluar las actividades de salud

Atención Preventiva: recursos destinados a disminuir la morbilidad y mortalidad: vacunación, detección oportuna de enfermedades, y planificación familiar.

Atención Curativa: recursos destinados a brindar atención médica ambulatoria, servicios de hospitalización general y especializada, rescates y urgencias médicas, y responder a las demandas de la población.

Producción de Insumos Médicos y Material de Curación: recursos destinados a la generación de insumos varios para la atención.

Desarrollo de la Investigación fundamental aplicada y experimental, científica y tecnológica: recursos para planear y evaluar la política que fomente la investigación científica fundamental, aplicada y experimental y el desarrollo tecnológico.

Desarrollo y apoyo de la investigación básica

Fomento y Regulación del Programa Nacional de Capacitación: recursos destinados a promover: recursos destinados a la promoción de la capacitación profesional, técnica, científica y de enseñanza de los trabajadores.

Regulación y Fomento a la Salud: recursos destinados a detectar riesgos y daños de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como el control de epidemias.

Ampliación y Mejoramiento. de la Planta Física para Educación y Capacitación: recursos dirigidos a dotar de espacios para la educación y capacitación.

Edificios para Servicios de Salud y Seguridad Social: recursos dirigidos a dotar de espacios para la atención de la salud y la seguridad social.

Edificios Administrativos: recursos dirigidos a dotar de espacios para la administración de los servicios.

Construcción de la matriz

La información de los servicios públicos y de seguridad social del Boletín del SNS presenta el gasto ejercido por institución y programa, pero incluye como gasto en salud los gastos de asistencia social y de las prestaciones sociales. Para fines de esta contabilidad ambos componentes se eliminan, dejando exclusivamente el gasto en actividades y programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Además, se agregó una parte proporcional de los gastos de administración y de construcciones administrativas.

El procedimiento para cuantificar la parte proporcional de gastos compartidos, consistió en tomar como ponderador la proporción que representa el gasto en salud dentro del gasto total de cada institución, y esa misma proporción fue la que se utilizó para determinar los gastos compartidos de la administración y la infraestructura.

Estos ajustes permitieron estimar el gasto en salud, a nivel nacional, estatal, y distribuido según programa o tipo de servicio.

El estudio del gasto de los servicios de salud de la Secretaría de la Marina se complementó con información de la Cuenta Pública de la Hacienda de la Secretaría de Marina, que presenta el gasto final adjudicable a salud de dicha entidad y carece de datos sobre la distribución por programa. Para los servicios de salud de la Secretaría de la Defensa, la información procedió de la Dirección General de Sanidad, la que envió un documento a FUNSALUD con las cifras requeridas sin incluir un desglose programático. Ambos datos se adicionaron al gasto público en salud de esta matriz.

Respecto del sector privado, la información se presenta dividida como seguro médico privado, cuya información se toma de los pagos por siniestro que presenta el anuario de la AMIS para los gastos médicos mayores. Los gastos del agente privado virtual, las cifras se obtuvieron del SCNM, que presenta el consumo de hogares e instituciones del sector, y se ajustaron con la información de los hogares (ENIGH), que desglosa los gastos de bolsillo para el pago de servicios de las instituciones lucrativas y no lucrativas, el pago de las cuotas de recuperación de los servicios públicos, y el gasto directo en farmacias para la adquisición de medicamentos. Este registro muestra la distribución del gasto en los conceptos de gasto de la atención de la salud, a saber, productos medicinales y farmacéuticos, servicios médicos y paramédicos no hospitalarios y servicios hospitalarios.

Los programas que integran la matriz 3 se resumieron para facilitar su lectura, integrando a los programas de gastos en administración, política y planeación de la salud, y el de fomento y regulación del programa nacional de capacitación. Los de investigación se integraron en uno solo, así como los de ampliación y mejoramiento de infraestructura en otro.

Flujo de recursos desde los agentes hacia las instituciones prestadoras de los servicios (matriz 2).

Esta matriz busca establecer el flujo de los recursos de cada agente de financiamiento hacia las instituciones que prestan los servicios. El presupuesto ejercido por cada institución se rastrea para identificar el origen y monto de los aportes a dicho presupuesto. Las dimensiones de esta matriz se forman por las instituciones prestadoras de servicios antes descritas, y los siguientes agentes de financiamiento:

Agentes de la seguridad social:

- ▲ IMSS
- ▲ PEMEX
- ▲ ISSFAM
- ▲ SEDENA
- ▲ MARINA
- ▲ ISSSTE

Agentes públicos:

- ▲ SSADIF
- ▲ DDF
- ▲ INI
- ▲ IMSS-SOLIDARIDAD
- ▲ PRONASOL

Agentes privados:

- ▲ seguro médico privado
- ▲ agente privado virtual

Construcción de la matriz

En primer término es necesario identificar la forma en que los agentes transfieren recursos hacia las instituciones prestadoras, ya sea como presupuesto, subcontratación o bajo modalidades de convenios de reversión de cuotas.

- ▲ IMSS. Actualmente no existe información publicada sobre el monto de subrogación de servicios del IMSS (Memoria Estadística IMSS). Es por ello que se presupone que todo el gasto del IMSS proviene del agente IMSS. A ese monto hay que restar las transferencias que recibe el IMSS del agente ISSSTE como pago por servicios subrogados (ver ISSSTE), y añadir el pago que realiza el agente IMSS a las empresas por reversión de cuotas.
- ▲ En 1995, el agente IMSS transfirió a los servicios privados 999,591 miles de nuevos pesos (Memoria Estadística 1995 pp 345) a través de la reversión de cuotas. En el estudio realizado por FUNSALUD (documento interno) sobre la reversión de cuotas, se identificó la existencia de un gasto adicional promedio de 30% en servicios privados lucrativos por parte de las empresas.
- ▲ ISSSTE. El grueso de los recursos del agente ISSSTE se dirige al ISSSTE prestador de servicios, menos \$103,151 miles de pesos para subrogaciones (anuario estadístico 1995). Se desconoce la proporción en la que estos recursos se destinan a los servicios públicos y privados. Ante esta falta de información y de acuerdo con los supuestos generados por los funcionarios mismos (Cruz 1994), en general, se estimó que 60% se subroga a servicios privados, 8% a servicios de la SSA y 32% al IMSS. Los trabajadores de los gobiernos de los estados pueden disponer de servicios independientes, cuyo monto, origen y destino son imprecisos, por lo que en esta estimación se han dejado fuera.
- ▲ SEDENA. Recibe 81.1% de los recursos del agente ISSFAM (Cuenta Pública de la Hacienda), más \$31,578 procedentes del agente privado (virtual) como cuotas de recuperación (informe de la Dirección General de Sanidad). Recibe además la totalidad del agente SEDENA.
- ▲ SSMARINA. Recibe 18.9% de los recursos del agente ISSFAM, más todos los recursos del agente de la SSMARINA identificados en la Cuenta Pública.
- ▲ SSPEMEX. El financiamiento en su totalidad fluye del agente PEMEX a sus propios

servicios.

- ▲ SSA. Estos servicios reciben recursos del agente SSA, así como \$348,837, del agente privado virtual, como cuotas de recuperación. Recibe además recursos del ISSSTE por subrogación de servicios.
- ▲ IMSS Solidaridad. Todos los recursos que recibe proceden del agente de IMSS-Solidaridad. El programa recoge además recursos de los usuarios en especie y trabajo, mismos que no se cuantifican en su equivalencia monetaria.
- ▲ DIF. Recibe todos los recursos de su propio agente. Se detecta la posible existencia de cuotas de recuperación, de las que no se dispone de información suficiente. Asimismo, esta institución trabaja asociada con diversas ONG, las cuales brindan recursos para la obtención de los insumos de tratamiento y rehabilitación que requieren los usuarios. Estos flujos de apoyo tampoco se registran.
- ▲ DDF. Recibe todos los recursos de su propio agente. Se desconoce el monto de las cuotas de recuperación que recibe la institución.
- ▲ Servicios privados lucrativos. La información procede de los Censos Económicos de 1994 (INEGI) inflactados a 1995. Este tipo de servicios recibe recursos del agente IMSS por la reversión de cuotas, del agente ISSSTE por la subrogación de servicios, del seguro médico privado por concepto de los siniestros reportados en el Boletín de la AMIS, y de los gastos de bolsillo de los hogares reportados en el SCNM, una vez que se les ha restado los aportes domésticos a otros agentes.
- ▲ Servicios no lucrativos. Las cifras proceden de los Censos Económicos de 1994 para instituciones de salud no lucrativas, cuyos datos fueron inflactados para 1995 (INEGI 1994). Sin embargo, en esta fuente no se desagrega la proporción que corresponde a las ONG dedicadas a la salud. Esta cifra se estimó con base en el catálogo de ONG agremiadas a la JAP y al CEMEFI, en el catálogo de 1996 muestra que se dedica a la salud el 25%. Sus recursos provienen del agente privado virtual y corresponden a los gastos de organismos no lucrativos reportados en los Censos Económicos de 1994 (ajustados al 25% e inflactados con tasa de 1.6).

Flujo financiero de fuentes a agentes de financiamiento (matriz 1).

Esta matriz busca identificar el origen y monto de la aportación de cada fuente de financiamiento, así como los destinos de estos recursos hacia los agentes de financiamiento.

Identificación de las dimensiones que conforman la matriz.

Las dimensiones de la matriz son las fuentes potenciales de financiamiento del sector en el país y los agentes a donde se dirigen los recursos. Dichos agentes son los mismos que se describieron anteriormente. Las fuentes de financiamiento del sector identificadas son las siguientes:

- ▲ hogares
- ▲ empresas
- ▲ gobierno federal
- ▲ gobierno estatal

- ▲ ONG y organismos nacionales*
- ▲ ONG y organismos internacionales

*Se carece de información sobre estos aportes durante 1995

Construcción de la matriz

La información sobre los agentes se desagrega según las fuentes de las que proceden los recursos. Los datos de cada institución se tomaron de los Anuarios Estadísticos institucionales.

- ▲ IMSS. La Ley del Seguro Social estipula las contribuciones de todas las fuentes al gasto en salud. El monto total aportado por cada fuente se estimó por ramo de seguro, mismos que se verificaron con la información de la Memoria estadística 1995 (PP 345) y el Diagnóstico IMSS. Se consideraron además los registros del SECUENTA (González-Block 1994) sobre los aportes que efectúan los gobiernos estatales al IMSS como pago por los servicios de sus trabajadores a nivel estatal. Para este cálculo fueron eliminadas las pensiones por cada ramo de seguro, dado que se dispone de información sobre las prestaciones en especie y dinero. Este desglose se calculó con base en la información disponible de 1997.
- ▲ Los recursos del agente IMSS destinados a las prestaciones médicas durante 1995, provinieron en un 100% del patrón en el caso de los riesgos de trabajo, y en 25% del hogar, 70% de la empresa y 5% del gobierno federal en el de enfermedad y maternidad
- ▲ ISSSTE. De acuerdo con el anuario estadístico de 1995 (pp 321), los trabajadores al servicio del Estado contribuyen con un 28.7% del aporte al agente ISSSTE, el gobierno federal, con un 69.1%, y el estatal, con un 2.2%.
- ▲ ISSFAM. Este agente recibe recursos del gobierno federal, y desconocemos si existe algún aporte de los trabajadores. La información procede de la Cuenta Pública de la Hacienda de 1995 (pp 118), pero no se presenta en el Boletín del SNS. El presupuesto del ISSFAM dedicado a salud corresponde al 25.1% del total.
- ▲ SEDENA. Los recursos de este agente provienen del Gobierno Federal, y la información correspondiente fue brindada por la Dirección General de Sanidad. En este caso, la única fuente de recursos para el agente SEDENA de la salud es el Gobierno Federal. La información disponible se encuentra en la Cuenta Pública de la Hacienda.
- ▲ PEMEX. Los recursos que recibe el agente PEMEX se reportan en el Boletín de Información Estadística del SNS de 1995, y se ignora el desglose por fuente de los mismos.
- ▲ SSA. Este agente recibe un aporte de los gobiernos federal (87.3%) y estatal (12.7%), según se reporta en el SECUENTA, así como de organismos internacionales, como el Banco Mundial, según se reporta en la Cuenta Pública de la Hacienda de la Institución.
- ▲ Los gobiernos estatales realizan transferencias hacia las siguientes entidades (información tomada del SECUENTA):

Para la atención de los trabajadores de gobiernos estatales:

- ▲ IMSS: 162.7
- ▲ ISSSTE: 833.9
- ▲ SEDENA: 254.7
- ▲ Atención privada: 543.8

Transferencias a servicios para población no asegurada:

- ▲ DIF: 669.8
- ▲ Imss Solidaridad: 3.16

Otros servicios estatales para población no asegurada: 220.75

- ▲ Campañas de salud en municipios: 232.5
- ▲ Clínicas universitarias: 64.37

Transferencias para ONG's.

- ▲ Cruz Roja: 1.62
- ▲ Promotores voluntarios: 18.0
- ▲ Hospitales de beneficencia privados: 1.3
- ▲ Centros de integración juvenil: 3.4

La información de estas transferencias se ajustó de acuerdo a la participación proporcional del presupuesto de dichas instituciones que se orienta a servicios de salud.

- ▲ DIF. En este caso, se conocen dos fuentes, la estatal y la federal, pero se ignora el monto correspondiente a las cuotas de recuperación. La información sobre el monto de los aportes estatales se encuentra en el SECUENTA. Los recursos disponibles en este agente se reportan en el Boletín Estadístico del SNS.

En el caso del DIF es necesario considerar su carácter de institución altamente orientado hacia la asistencia no médica. Así, para determinar el aporte real a la salud bajo los criterios de este análisis, se consideró el monto de la transferencia del gobierno estatal en una proporción similar a la del presupuesto que la institución dedica a salud, que es de 20%.

- ▲ DDF. Los recursos provienen del gobierno federal y se ignora el desglose de las aportaciones. La información procede del Boletín Estadístico del SNS.
- ▲ INI. Recibe recursos del gobierno federal y se ignora si existen otros aportes. La información procede del Boletín Estadístico del SNS.

- ▲ **IMSS-SOLIDARIDAD.** Los recursos proceden del gobierno federal y se ignora la presencia de otros aportes. La información procede del Boletín Estadístico del SNS.
- ▲ **Seguro médico privado.** Su cuantificación se basó en la información del anuario 1995 de la AMIS en su sección de enfermedades y accidentes personales, que presenta los gastos de siniestros por seguros de accidentes personales y enfermedad bajo la modalidad de gastos médicos mayores, según lugar de ejecución de los recursos.
- ▲ Para diferenciar los pagos de empresas y hogares se consideraron los gastos reportados por la Encuesta de gastos médicos, fallecimientos e invalidez total y permanente de 1995 realizada por la consultora W&W, quien señala que en el 77% de las empresas, el empleado paga el 100% del seguro, en el 5% de las empresas, el empleador paga el 100%, y en el 18% de las empresas, el empleador y el empleado cubren un 50% del pago cada uno (tabla 29). Con base en esa distribución se realizó el desagregado de esta suma, el cual muestra que el 86% del recurso total proviene de los hogares y el 14% de las empresas.
- ▲ **Agente de servicios privados virtual.** El agente privado percibe recursos de los hogares y empresas. Para estimar la participación de las empresas la información correspondiente se tomó del estudio de reversión de cuotas realizado por FUNSALUD. Este estudio muestra que la reversión de cuotas cubre exclusivamente el 70% de los gastos promedio de los servicios, mientras que el 30% faltante lo agregan las empresas.
- ▲ La información de los hogares se estima del gasto de los hogares reportado en ENIGH una vez realizadas las deducciones de gastos de hogares por contribuciones a la seguridad social (IMSS e ISSSTE) y al seguro médico privado.

Dimensiones de la matriz

Las dimensiones de esta matriz se forman por las instituciones prestadoras de servicios ya descritas, así como por la clasificación por objeto de gasto que propuso la SHCP para el suministro de información por parte de las instituciones del sector público.

Tipo de gasto (matriz 4) Clasificación por tipos de gasto

Servicios personales: incluye todo tipo de remuneraciones al personal de carácter permanente y transitorio, tales como pagos regulares, especiales, cuotas a la seguridad social y estímulos.

Materiales y suministros: incluye los materiales para administración,, alimentos y utensilios, paterias primas diversas, de producción, de construcción, productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio, combustibles y lubricantes, vestuario, blancos, prendas de protección, materiales preventivos y de seguridad pública, enseres.

Servicios generales: incluye los servicios administrativos básicos, de arrendamiento, asesoría e investigación, comercial banacario y financiero, adaptación, mantenimiento, reparación e instalación, de difusión, información y ceremonial, de traslado y viáticos.

Infraestructura: incluye los gastos por ampliación, remodelación y construcción, compra de equipo, obras y estudios de preinversión

Construcción de la matriz

La información se tomó de la Cuenta Pública de la Hacienda de cada institución, para lo cual se realizó una selección de los programas que corresponden a servicios de salud y se estimó la proporción de cada uno de ellos. Esta estructura porcentual se aplicó a la información sobre el gasto final realizado por cada institución, que se estimó a nivel programático.

Para el gasto privado se tomó la información de los censos económicos de 1994, inflactado a 1995, que presenta desagregado el gasto en remuneraciones, de inversión, de los insumos totales y de los requeridos para la actividad. El gasto de los servicios generales se estimó restando del gasto en insumos generales de los requeridos para la actividad y estos últimos se dejaron como materiales y suministros. Una vez identificada esta estructura porcentual se aplicó al gasto por el seguro médico privado y el privado virtual. Para fines de contabilidad, el gasto en medicamentos se sumó al total desagregado posteriormente, para incorporarlo exclusivamente como gasto de materiales y suministros.

Se construyó la matriz 4ª que presenta desagregado el gasto en medicamentos. La información no se encuentra disponible por institución, de ahí que los datos se presentan según agentes públicos y privados.

El gasto privado en medicamentos se tomó del SCNM y ese total se distribuyó en el seguro médico privado, según la proporción que registra el reporte de los servicios bancarios (19%) y el resto se ubica en el gasto privado virtual. Se carece de información para desagregar el gasto en medicamentos de las farmacias y de los servicios privados.

El gasto público en medicamentos se toma del reporte de ventas de la CANIFARMA. No existe criterio para desagregar el gasto de los medicamentos de los servicios ambulatorios y de hospitalización ni por institución.

Estimaciones a Nivel Estatal

En este apartado se presenta el gasto en salud distribuido según las mismas matrices 1 a 4 que se construyeron para el nivel nacional. Su llenado parte asimismo de la distribución del gasto por programa por institución a nivel nacional (matriz 3), con lo que se identifica el monto del presupuesto que cada una de ellas ejerce por estado. Sin embargo una parte de los recursos se registra únicamente a nivel central.

Gasto por tipo de servicio (matriz 3)

En esta matriz, los datos se tomaron del informe anual del SNS y se ajustaron según dos principios: a) eliminación de los gastos de asistencia social y prestaciones sociales. b) Separación de los gastos compartidos mediante la aplicación de un ponderador del gasto en salud seleccionado en el análisis a nivel nacional, que refleja la proporción correspondiente respecto del total del gasto ejercido por institución; dicho ponderador se aplicó a los gastos administrativos y de infraestructura cuyo carácter no es exclusivamente médico.

La información del Boletín del SNS se complementó con los datos de SEDENA, cuya información no especifica el gasto por programa a nivel estatal, pero si deagrega los datos por entidad federativa. La información procedente de la Cuenta Pública de la Secretaría de Marina no facilita este desagregado por entidad.

Flujo financiero de agentes a instituciones prestadoras de servicios (matriz 2)

En esta matriz se busca desagregar el presupuesto ejercido según los componentes que lo integran. Fundamentalmente se identifican los aportes de las cuotas de recuperación de la SSA que se reportan en SECUENTA por estado, y las cuotas de recuperación de SEDENA que se reportan por entidad en el informe enviado por la Dirección General de Sanidad.

En el caso de los servicios de Marina, la cuenta pública desagrega parcialmente los datos del gasto en salud y únicamente a nivel nacional, no estatal. Por ello los recursos se distribuyeron entre las entidades según la población usuaria.

El reporte del ISSSTE sobre los servicios subrogados no contiene información desagregada por entidad, por lo que fue necesario analizar el Informe Institucional, tomar como indicadores los registros de días de hospitalización por entidad federativa y distribuir el gasto por estado de acuerdo con dicha estructura porcentual. La estructura de distribución de los gastos subrogados fue la misma que a nivel nacional, es decir, 60% hacia servicios privados, 8% a la SSA y 32% al IMSS. En la SSA, estos montos se registran en los gobiernos de los estados y forman parte de los aportes a la SSA que se otorgan a nivel estatal.

La reversión de cuotas se dirige del agente IMSS hacia los servicios privados sin que exista un desglose estatal, por lo que se utilizó la misma estructura porcentual que la registrada por los seguros médicos privados, pues coincide con el predominio en el DF, seguida por el Estado de Nuevo León. Ambas entidades concentran 90% del total de cuotas revertidas.

Dentro de los servicios privados, la distribución del gasto de los servicios no lucrativos por entidad se toma de los Censos Económicos de 1994; en este caso, las cifras correspondientes se inflataron en 1.6 para incorporarlas al estudio del año 1995. El mismo ajuste que se realizó a nivel nacional se aplicó en cada entidad, es decir, de acuerdo con el registro de la JAP, 25% de las ONG trabajan en el campo de la salud. El gasto de los servicios privados lucrativos, se obtiene por diferencia, y la cifra resultante se desagrega por entidad según la distribución porcentual de los servicios privados que se registra en los Censos Económicos.

Flujo financiero de fuentes a agentes de financiamiento (matriz 1)

El desglose estatal de los flujos de financiamiento es el mismo que marca la ley de las instituciones de la seguridad social en cuanto a su proporción de aporte por fuente. Aquí además se dispone de la información del SECUENTA, que especifica los aportes federal y estatal por entidad para la SSA, y los aportes estatales al IMSS-Solidaridad y al DIF. En cuanto a las instituciones con un solo registro por fuente, como ocurre con PEMEX, SEDENA, DDF e INI, el gasto federal se aplicó en cada una de ellas y no se hizo ningún ajuste estatal.

El agente privado se integra de los aportes de los gobiernos de los estados registrados en el SECUENTA, así como de un 30% adicional de las empresas como complemento de los gastos que éstas efectúan para la atención de sus trabajadores bajo el sistema de reversión de cuotas. Al agente privado se incorporan también los pagos de bolsillo de los hogares por la atención recibida en servicios privados, cifra que se obtiene por diferencia. Como ya se vio, las empresas contribuyen también con un pago al seguro médico privado consistente en el 14% de su monto.

Tipo de gasto (matriz 4)

La distribución del gasto por objeto a nivel estatal se obtuvo utilizando la estructura porcentual de la Cuenta Pública por institución a nivel nacional para distribuir el gasto por institución y estado.

Fuentes de Información

Para fines de nuestra contabilidad, las reglamentaciones permiten establecer una parte de las fuentes y de los aportes al sistema. En cambio otra parte de la información debe captarse a través de informes institucionales y los que presentan ante la SHCP. La mayor parte de los recursos que se ejercen dentro del sector privado de la atención, se captan a través de informes de los usuarios, como en la ENIGH (INEGI 1994), desde la oferta misma de los servicios, a través de los censos económicos (INEGI 1994), los productores y distribuidores de los bienes y servicios directamente, como en el caso de los fármacos y los seguros médicos privados. Se toman también los datos provenientes del SCNM que ofrece información tanto pública como privada de los servicios de salud.

A continuación se enlistan las fuentes de información y el uso que se dan a los datos que contienen:

Documento	Información obtenida
Sistema Nacional de Salud Boletín de información estadística 15. 1995.	Gasto ejercido por institución y programa
INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México	PIB nacional, por entidad, gasto privado y gasto público en salud
Anuario Estadístico ISSSTE 1995	Aportes de trabajadores y gobierno. Servicios subrogados por entidad y monto
Memoria Institucional IMSS 1995	Aportes de gobierno, obrero-patronales por ramo de seguro. Reversión de cuotas.
Cuenta Pública de Hacienda 1995: IMSS ISSSTE MARINA PEMEX	Clasificación por objeto de gasto de las instituciones.
Informe de la Dirección General de Sanidad. SEDENA 1995	Gasto institucional por programa y entidad. Aporte de cuotas de recuperación
SNS. Boletín estadístico N° 15. México 1995	Gasto ejercido por institución y programa 1995, nacional y por entidad federativa.
AMIS. Boletín de información sobre accidentes personales y enfermedad. México 1995.	Gastos por accidentes personales y gastos médicos mayores por entidad. 1995.
FUNSALUD. Informe del gasto estatal en salud 1994-1995 (SECUENTA). México 1997.	Gasto estatal, federal y pago de cuotas de recuperación. Transferencias estatales de salud. 1995.
INEGI. ENIGH 1994	Gasto de hogares en salud y total.
INEGI. Censos económicos 1994.	Distribución del objeto de gasto en servicios privados lucrativos y no lucrativos por entidad.
SSA. DGE. Encuesta Nacional de Salud. 1994	Gasto de los hogares según nivel de aseguramiento y tipo de gasto. 1994.

Limitaciones de la estimación

La estimación de las CNS en México utiliza los registros e informes existentes en las instituciones del SNS. De ahí que las principales limitaciones sean asociables a la problemática de registro, clasificación y disponibilidad y acceso de los datos.

En el sector público y de seguridad social existe obligatoriedad de registro y reporte a la SHCP del gasto. Los problemas encontrados se asocian a la confidencialidad de la información, principalmente en instituciones como la SEDENA y la Secretaría de Marina. Si bien los gastos en

salud que realizan cubren a una población más amplia que sus derechohabientes. Por ello resulta importante esta contabilidad.

No existe homogeneidad en los contenidos de la información según renglón reportado cuando las instituciones no se dedican exclusivamente a dar atención de la salud, como el caso del IMSS, PEMEX, DIF e INI, de ahí que se requiera además un desagregado específico para el gasto en salud en cada institución.

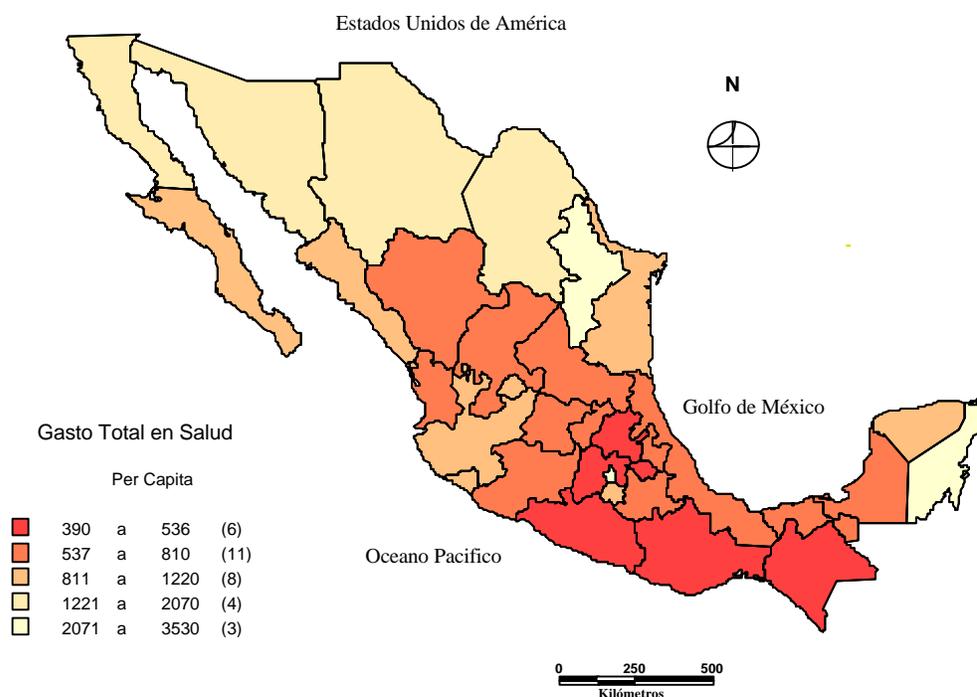
No todas las instituciones públicas disponen de registros de sus gastos según origen de los recursos, y su asignación por tipo de servicio, gasto y entidad. Estas ausencias son mayores para el caso de los servicios privados.

Anexo 3: Gasto Estatal en Salud

México es un país de contrastes donde coexisten la opulencia y las carencias. En este sentido, el gasto en salud a nivel nacional es tan solo un promedio que no refleja la diversidad de los estados que lo componen.

A continuación se presenta el ejercicio realizado en México para establecer el gasto total en salud a nivel estatal. Este gasto por habitante y por estado, llega a representar una variación hasta de 10 veces y se muestra en el siguiente mapa agrupado en quintiles. Como puede apreciarse, el primer quintil está compuesto por las 3 entidades con el mayor gasto en salud (entre 2,071 y 3,530 pesos por habitante, equivalente a entre 314 y 535 dólares); este quintil es una combinación de entidades con una alta industrialización y una elevada presencia de unidades médicas -ciudad de México y Nuevo León-, y con un elevado costo de vida -Quintana Roo-. El segundo quintil agrupa a los estados del norte del país, altamente industrializados, donde el gasto por habitante oscila de 1,221 a 2,070 pesos (185 a 314 dólares). Algunas entidades con nivel de desarrollo intermedio de la zona centro del país constituyen el tercer nivel de gasto por habitante (811 a 1,220 pesos ó 123 a 185 dólares). Por último, las entidades con menor desarrollo, más rurales, se dividen en dos estratos, las que se ubican fundamentalmente en el centro (537 a 810 pesos u 81 a 123 dólares) y las del sur del país (390 a 536 pesos ó 59 a 81 dólares) (mapa 3.1).

Mapa 3.1. Gasto total en salud por habitante. México, 1995



Asimismo, el gasto estatal como proporción del PIB varía entre 1 y 7%, y el promedio nacional en 1995 fue de 5.5 (gráfica 3.1). Tan sólo 9 de las 32 entidades muestran un gasto igual o superior al promedio. Existe asociación del PIB estatal con el gasto en salud ($R^2=0.43$, $p=0.000$).

Debido a la gran variación de la riqueza en los estados, cabe destacar algunos hallazgos. Llama la atención que entidades como Chiapas y Oaxaca, cuyo gasto total por habitante es de los más bajos, tienen también un PIB bajo, por lo que gastan de 4 a 4.5% de su riqueza en salud. Por el contrario, entidades como el estado de México, que es rico y tiene un alto gasto en salud, representa solamente 3% del PIB estatal.

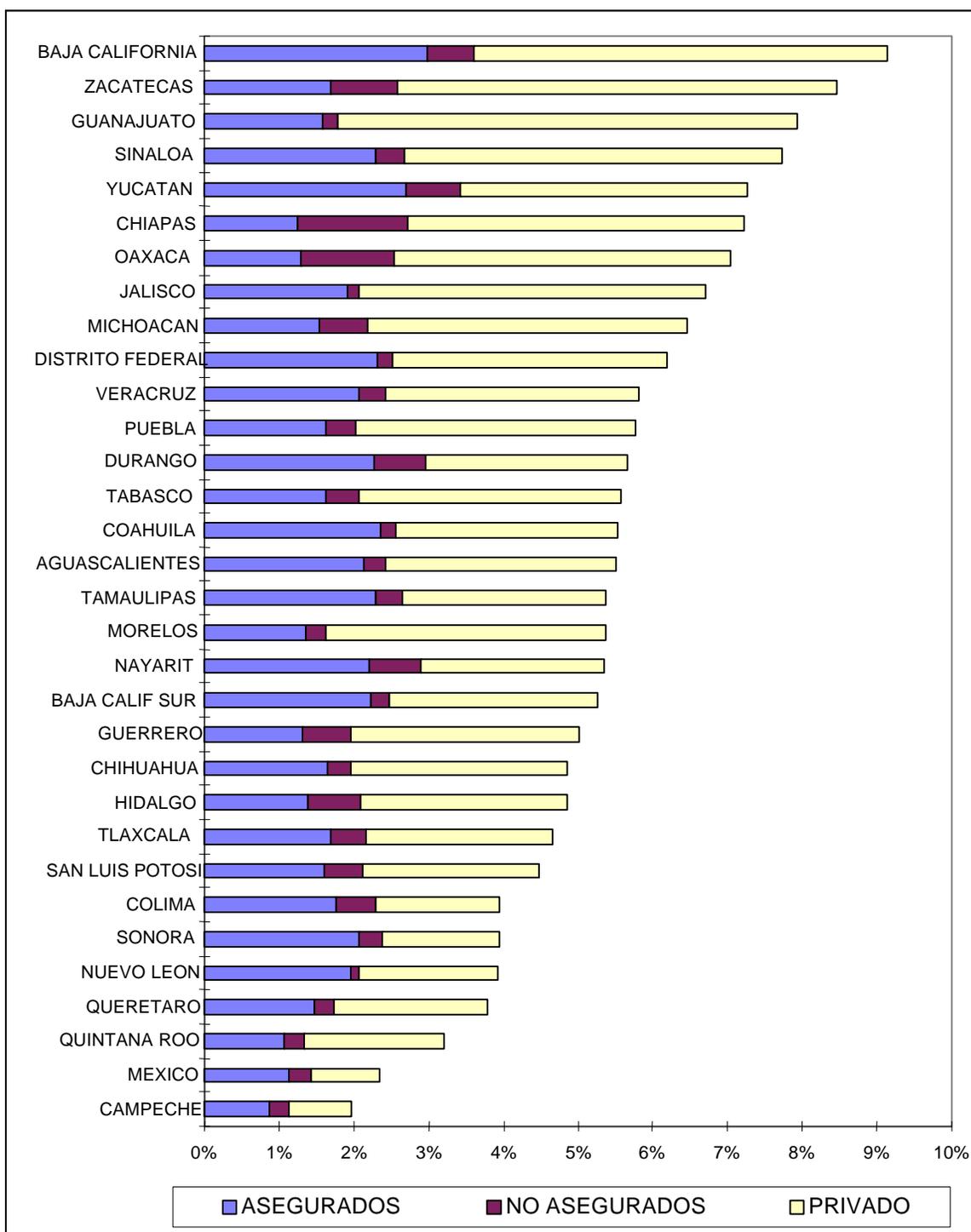
Algunas entidades como Michoacán presentan un gasto en salud por habitante bajo, si bien este gasto, como proporción del PIB, representa más del 6%. Otros casos muestran una relación inversa. El Distrito Federal y Yucatán, por ejemplo, presentan el gasto en salud por habitante más elevado, pero este gasto no corresponde a una mayor proporción del PIB, aunque supera el promedio nacional.

El gasto en salud como proporción del PIB permite analizar la importancia relativa de este gasto. En la misma gráfica 3.1 se observa que, en general, la variación en el gasto depende fundamentalmente del gasto privado en salud ($R^2=0.39$, $p=0.000$), ya que el gasto público es relativamente estable en todas las entidades y representa una proporción de 1 a 3% del PIB. Por lo tanto, mientras mayor es la riqueza, mayor es el gasto privado en salud.

Las entidades con un gasto total en salud menor a 5% del PIB suelen presentar una elevada proporción de gasto público. Dentro del gasto público, la diferencia entre las entidades se explica generalmente en función de la distribución de recursos para asegurados ($R^2=0.41$, $p=0.000$). La mayor importancia de la seguridad social se encuentra también entre las entidades con mayor gasto respecto del PIB, si bien, aun así, el gasto privado entre ellas sigue siendo superior al de la seguridad social (gráfica 3.1).

El gasto público para los agentes para los no asegurados corresponde en todos los casos a la menor proporción del gasto, excepto en entidades como Chiapas y Oaxaca en las que los recursos para no asegurados superan el 1% del PIB.

Gráfica 3.1
Gasto en salud como porcentaje del P.I.B. estatal por tipo de agente. México, 1995



El promedio nacional es de 2.4%, incluyendo el gasto en asegurados (1.9%) y no asegurados (0.5%). El 37% de las entidades (12) muestra un gasto en asegurados superior al promedio nacional, y dos entidades más se ubican dentro del promedio; estas son las entidades del norte del país y el Distrito Federal, que se caracterizan por una mayor industrialización, así como varias entidades del

centro del país, tales como Veracruz, Durango, Nayarit y Aguascalientes, algunas de las cuales sobresalen por su carácter industrial y petrolero. En el sur del país, únicamente Yucatán se ubica por encima del promedio nacional. Las cifras menores corresponden al estado de México y Quintana Roo. Son 18 estados los que tienen un gasto en la seguridad social menor al promedio de 1.9% del PIB.

En promedio, el gasto en los no asegurados en corresponde a casi una cuarta parte del gasto en los asegurados. Son 9 las entidades que tienen un gasto superior al promedio de 0.5% del PIB y 3 se ubican en el promedio. En total, 19 entidades muestran un gasto inferior al promedio nacional. Las entidades con menor gasto de los no asegurados son del norte y del centro del país, incluyendo el DF. Las entidades del programa PASSPA figuran en el grupo de las que tienen un gasto en salud para no asegurados mayor al promedio nacional.

La mayor parte de los estados con un gasto en seguridad social superior al promedio tiene un gasto en no asegurados inferior al promedio (10 casos). Solamente 3 entidades tienen un gasto superior al promedio tanto en asegurados como en no asegurados. En cambio, son 9 entidades las que tienen un gasto de no asegurados superior al promedio y un gasto en asegurados inferior al promedio. Asimismo, son 9 casos de estados donde ambos gastos, de asegurados y no asegurados son inferiores al promedio nacional. La totalidad de entidades que superan el promedio de 2.4% del PIB de gasto en salud coinciden en presentar mayor gasto promedio en la seguridad social. Estas comparaciones vuelven a mostrar que es el gasto de los asegurados dentro del sector público, el que genera la diferencia de recursos entre las entidades. La magnitud del gasto se explica principalmente por el gasto privado ($R^2=0.94$, $p=0.000$) y en segundo lugar por el gasto en población asegurada ($R^2=0.77$, $p=0.000$).

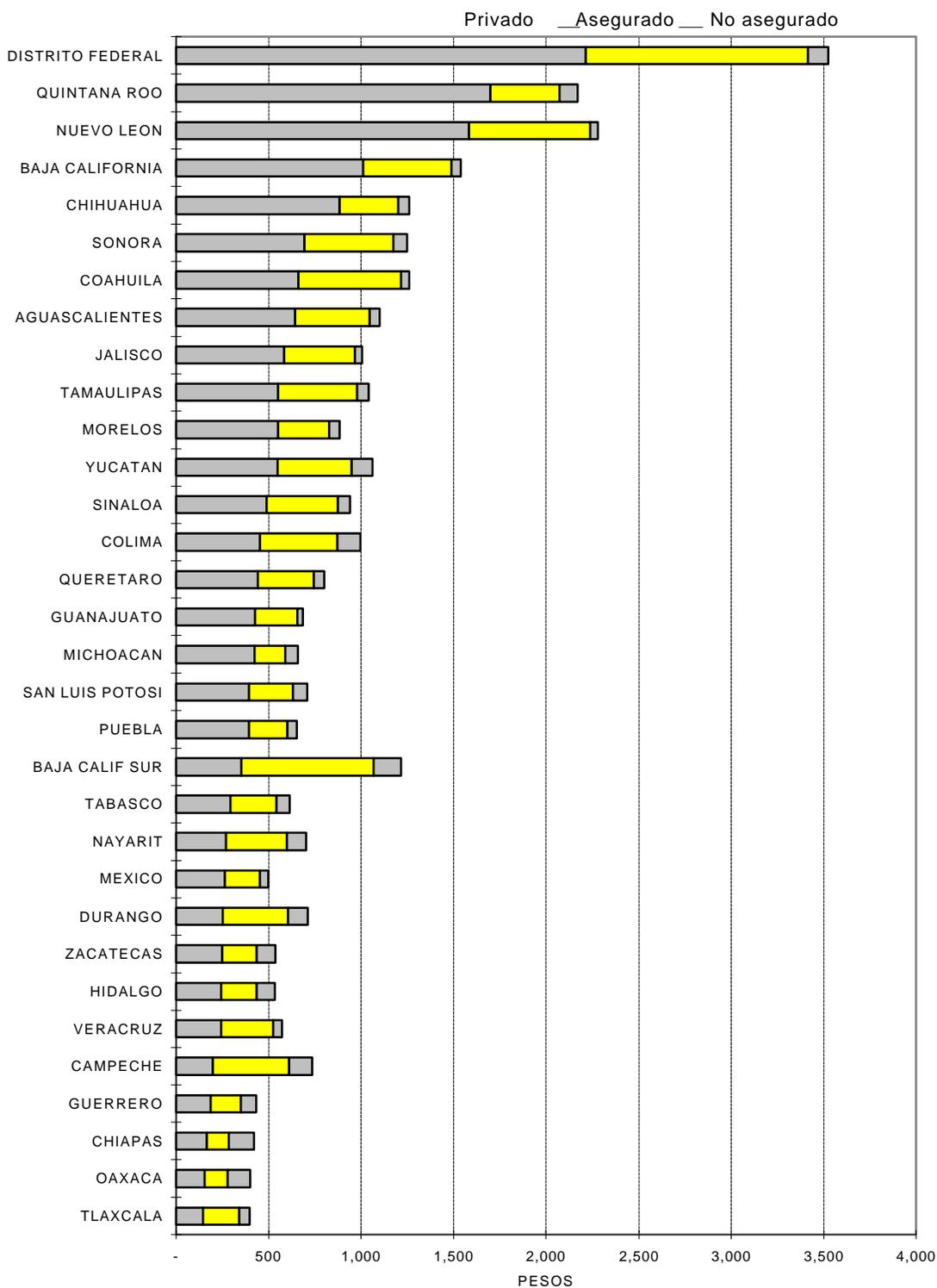
En realidad, son las entidades con baja industrialización y menor cobertura de seguridad social las que deberían absorber la mayor proporción de recursos para los no asegurados. Sin embargo, esto ocurre en dos casos únicamente, Oaxaca y Chiapas. Ambas entidades coinciden en tener un PIB reducido. La gran mayoría de las entidades presentan un patrón similar al del estado de Morelos, donde el nivel de cobertura y gasto en seguridad social es bajo, sin que ello se vea compensado con un mayor gasto para los no asegurados. Todo parece indicar que un mayor gasto público se asocia con la mayor riqueza.

Dada a la heterogeneidad de riqueza a nivel de los estados, la determinación del gasto en salud como porcentaje del PIB igual seguiría reproduciendo la desigualdad y no sería equitativo. De ahí que un mejor indicador del mismo sea el análisis del gasto por habitante en función de su nivel de necesidades de salud (ver gráficas 3.3 y 3.5).

La gráfica 3.2 presenta el gasto por habitante desagregado por tipo de agente -privado, para asegurados y para no asegurados-. El gasto total en salud por habitante consigue modificar el orden de los estados, en especial en los casos del Distrito Federal, Quintana Roo y Nuevo León, que son los de mayor gasto por habitante. De nuevo encontramos aquí una gran variación en el nivel de gasto, en la que 16% de las entidades tienen un gasto inferior a \$500 por habitante (US\$76), 50% de ellas muestra un gasto entre 500 y 1,000 pesos por habitante, y tan solo 34% tiene un gasto superior a 1,000 pesos. Cabe destacar que en 13 de las 32 entidades, el gasto privado por persona rebasa 500 pesos, y que en 3 entidades, el gasto en seguridad social rebasa 500 pesos. Sin embargo el gasto para no asegurados, nunca llega a ser de 500 pesos (gráfica 3.2).

El gasto para asegurados es mayor al privado solamente en los estados de Colima, Baja California Sur, Durango, Veracruz, Campeche y Tlaxcala. En entidades como Oaxaca y Chiapas, el gasto para no asegurados es similar al gasto privado y al gasto para población asegurada.

Gráfica 3.2
Gasto en salud por habitante por tipo de agente. México, 1995



La transición epidemiológica que experimenta el país refleja las necesidades de salud de la población, según la probabilidad de morir de niños y adultos. Para analizar la relación entre necesidades de salud y gasto, agrupamos las entidades en 5 estratos según la transición que las caracteriza. En la transición avanzada, la probabilidad de morir en menores de 5 años y adultos es baja comparada con el promedio nacional. En este nivel se encuentran las entidades del norte del país, las de mayor nivel de industrialización y con una mayor cobertura por parte de la seguridad social. La transición intermedia corresponde a los niveles de industrialización medios, y se caracteriza por presentar una mortalidad infantil promedio y una mortalidad baja en adultos. La transición incipiente agrupa las entidades con niveles medios de industrialización pero con una probabilidad de morir por arriba del promedio en el caso de los adultos, y media en el caso de los menores de 5 años. El grupo de entidades con rezago infantil presenta una mortalidad baja de adultos, pero elevada en menores de 5 años. El rezago extremo corresponde a entidades con probabilidad de morir elevada en niños y adultos (Lozano 1997).

El análisis de los agentes de financiamiento y su relación con la población de la entidad se realiza con base en la clasificación anterior. En promedio, el gasto en salud es menor en estados con mayor rezago en la transición epidemiológica. Los estados que experimentan los dos grupos de transición más avanzada (avanzada e intermedia) incluyen aquellas entidades cuyo gasto es elevado en comparación con las otras entidades. El Distrito Federal, Nuevo León, Quintana Roo y Baja California Norte son las entidades con más alto gasto. En los dos grupos de mayor rezago (infantil y extremo), el gasto por habitante corresponde a una octava parte del gasto que se realiza en el Distrito Federal por persona. Asimismo, el gasto privado en el DF supera el gasto total del resto de las entidades.

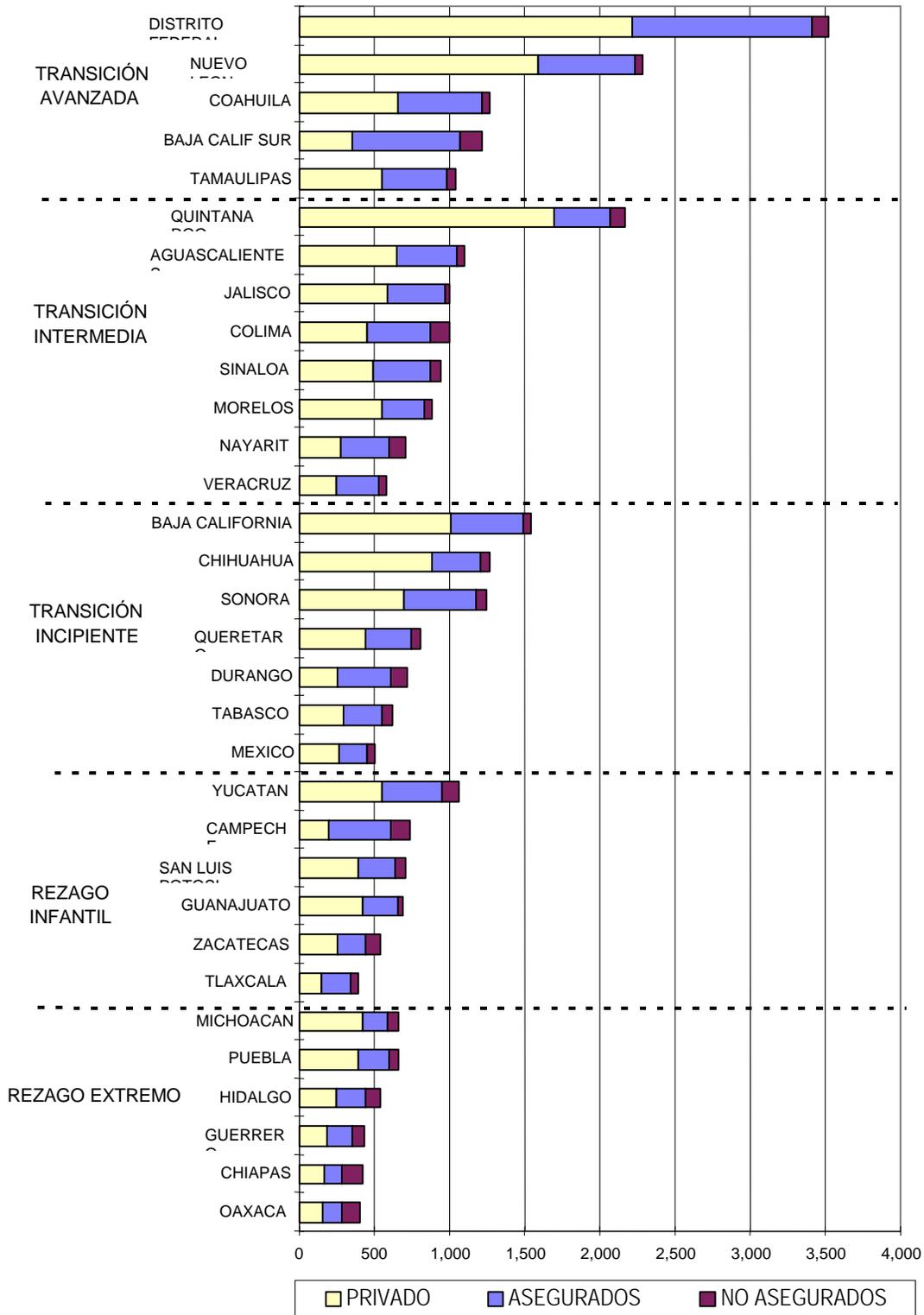
En las entidades de mayor necesidad en salud, tanto el gasto público como el gasto privado son muy reducidos. La gráfica 3.3 muestra que a niveles similares de necesidad, la respuesta de los servicios presenta variaciones de 2 a 4 veces.

Las entidades de mayor rezago tienen un gasto cercano a \$500, mientras que el gasto por habitante en las de menor rezago es cercano a \$1,000. Asimismo, en cada estrato se observa que el gasto privado de los estados con mayor gasto supera el gasto total del estrato siguiente, en el que la necesidad de salud es mayor.

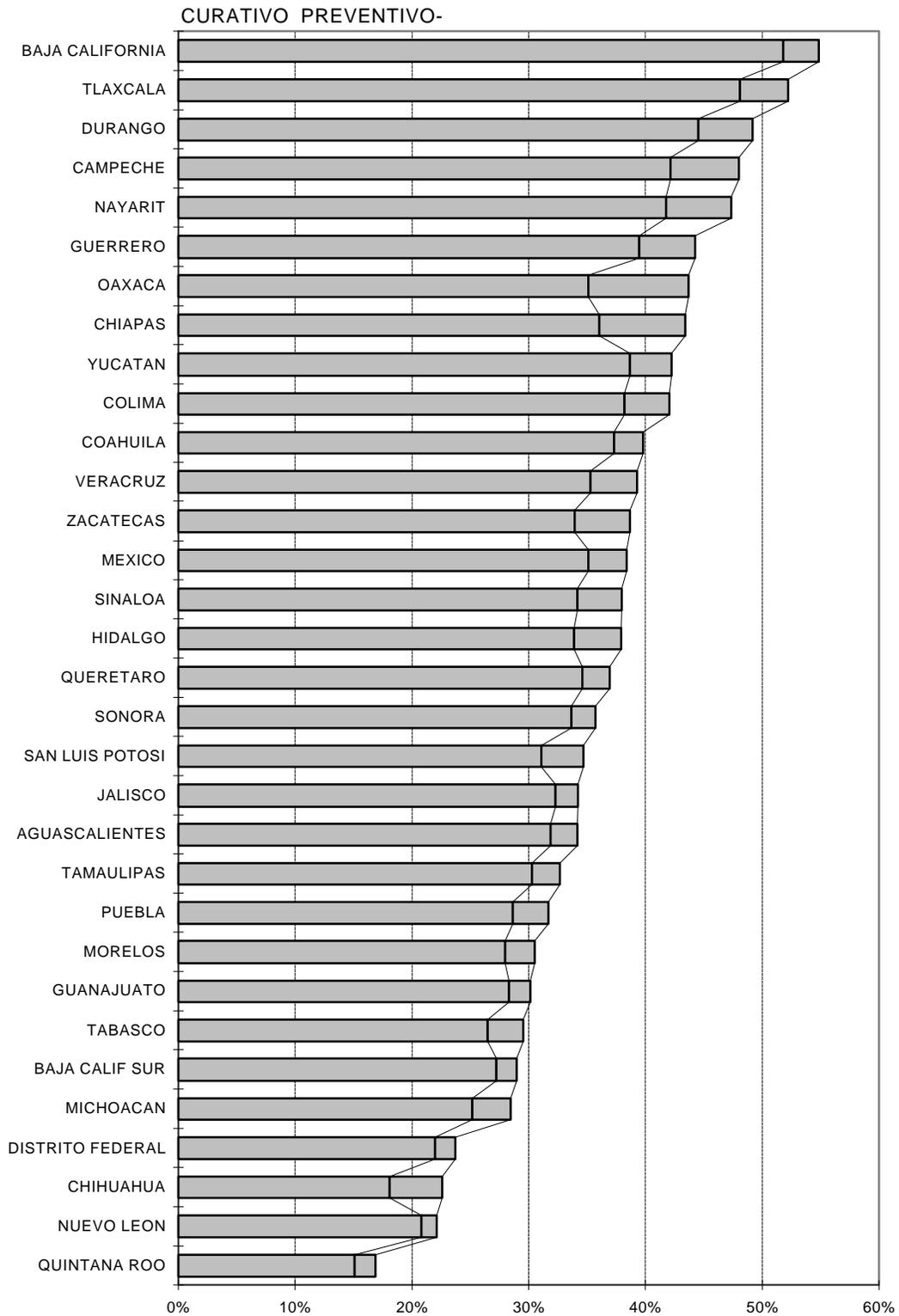
El gasto público por programa muestra que el gasto es predominantemente curativo. Los estados donde el gasto preventivo se acerca al 10% del gasto público corresponden a los más marginados y son aquellos que en 1995 tenían acceso a agentes especiales del programa PASSPA (gráfica 3.4).

Esto se observa con mayor claridad en la siguiente gráfica, donde precisamente se detecta un mayor gasto preventivo en varias de las entidades con mayor rezago. Sin embargo, aun en 1995, Puebla, Michoacán, Guerrero e Hidalgo siguen mostrando un reducido gasto preventivo por usuario. La composición del gasto público según institución y tipo de programa muestra que la mayor parte del gasto es curativo, y que su monto se eleva en las regiones de transición más avanzada. Asimismo, es en estas regiones donde se realiza el mayor gasto preventivo. Si se considera la aportación de cada institución al gasto público por usuario, se encuentra que el gasto del IMSS, seguido por el gasto del ISSSTE, son los que explican la mayor proporción del cambio en la composición del gasto en salud. Dentro de los programas preventivos, el gasto del ISSSTE pareciera ser el que registra una mayor proporción de cambios, mismos que reflejan una mayor proporción de recursos por usuario en las entidades de transición avanzada e incipiente. La contribución de la SSA es mayor en las entidades con rezago extremo, sin que ello signifique que se trata de un monto elevado de recursos. En la región de rezago infantil, el gasto por usuario es menor que en el grupo con rezago extremo, lo que posiblemente sea un reflejo del efecto de la política de apoyo a las entidades de mayor rezago (gráfica 3.5).

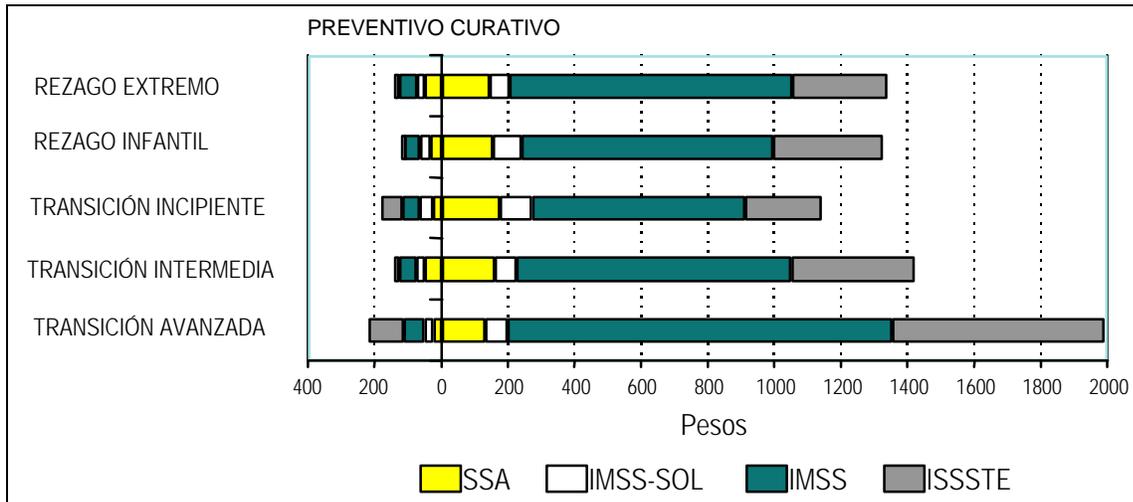
Gráfica 3.3. Gasto por habitante según tipo de agente, entidad y nivel de transición epidemiológica. México, 1995



Gráfica 3.4. Porcentaje del gasto público según programa curativo y preventivo



Gráfica 3.5. Gasto público por usuario en programas preventivo y curativo Según regiones de transición epidemiológica. México, 1995



Anexo 4: Gasto en Salud de los Hogares

Uno de los principales hallazgos de las CNS es que el gasto en salud del bolsillo representa una proporción más alta al gasto de las instituciones públicas y de seguridad social. En este anexo se analizan con mayor detalle las características de este gasto.

Aspecto metodológicos de la valoración del gasto en salud de los hogares

El análisis del gasto de los hogares desde la perspectiva institucional, por tipo de servicio y de gasto resulta difícil porque se carece de un registro integral de las actividades del sector privado en el país. Por lo tanto los resultados que aquí se presentan provienen del registro del gasto que realizan directamente los hogares captado en las encuestas de hogares en el país -ENSA II, 1994, y ENIGH, 1994-.

La proporción del gasto total de bolsillo que los hogares dedican a la salud varía con el ingreso. Si se analiza el gasto en salud de bolsillo agrupando los hogares por deciles de ingreso total, - esto es, incluyendo todas las formas de ingreso como son remuneración al trabajo, negocios, venta de bienes, rentas diversas, financieras y herencias, etc., en promedio, este gasto representa de 5% a menos de 3% del ingreso total, siendo mayor la proporción cuando menor es el ingreso. Así, la proporción cae conforme el decil de ingreso se eleva.

La proporción del gasto que los hogares dedican a la salud difiere según el indicador de referencia. Si la referencia es el ingreso corriente, o sea el ingreso recibido periódicamente, como ocurre con las remuneraciones, la proporción que se dedica al gasto en salud es mayor, de 5.3 a 3%, donde, de nuevo, la mayor proporción del gasto se mantiene en los hogares con menor ingreso, que se ubican en los deciles de menor ingreso (cuadro 4.1).

Por el contrario, si se compara el gasto en salud respecto del gasto total en los hogares, se observa una tendencia contraria en la que la proporción del gasto en salud se eleva con el ingreso total.

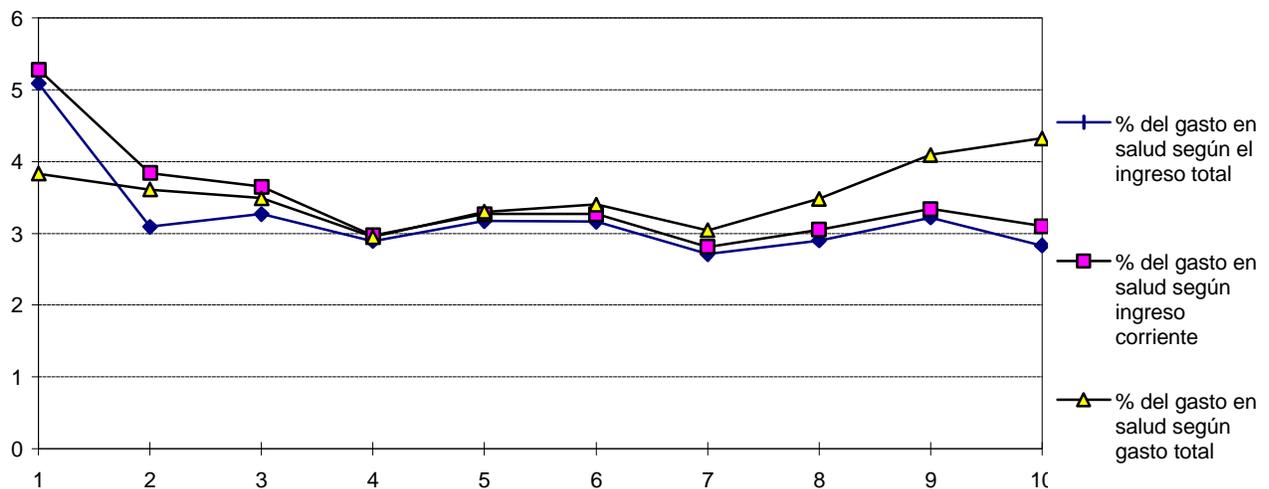
El cambio en la proporción del gasto en salud respecto del valor de referencia no se modifica en forma regular en función de los deciles de ingreso, pues existen comportamientos irregulares con caídas relativas en los deciles 4, 7 y 8 principalmente.

Cuadro 4.1. Relación del gasto en salud de los hogares según su decil de ingreso total			
Decil según ingreso total	% del gasto en salud según el ingreso total	% del gasto en salud según ingreso corriente	% del gasto en salud según gasto total
1	5.09	5.28	3.83
2	3.09	3.84	3.61
3	3.27	3.65	3.49
4	2.89	2.97	2.95
5	3.17	3.27	3.30
6	3.16	3.27	3.40
7	2.71	2.81	3.04
8	2.90	3.05	3.48
9	3.22	3.34	4.09
10	2.83	3.10	4.32

Fuente: FUNSAUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

La gráfica 4.1 muestra los hogares agrupados en deciles de ingreso total y permite identificar la similitud en el comportamiento del gasto en salud cuando se compara con el ingreso total y el corriente. En el grupo de menor ingreso la proporción del gasto en salud es elevada y se reduce conforme el ingreso aumenta. Llama la atención que cuando el gasto en salud se compara como proporción del gasto total de los hogares, se identifica una menor proporción de gasto en los hogares de los deciles de menor ingreso, y a la inversa, un aumento en la proporción en los deciles de mayor ingreso.

Gráfica 4.1. Gasto en salud según deciles de ingreso total. México, 1994



Fuente: FUNSAUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

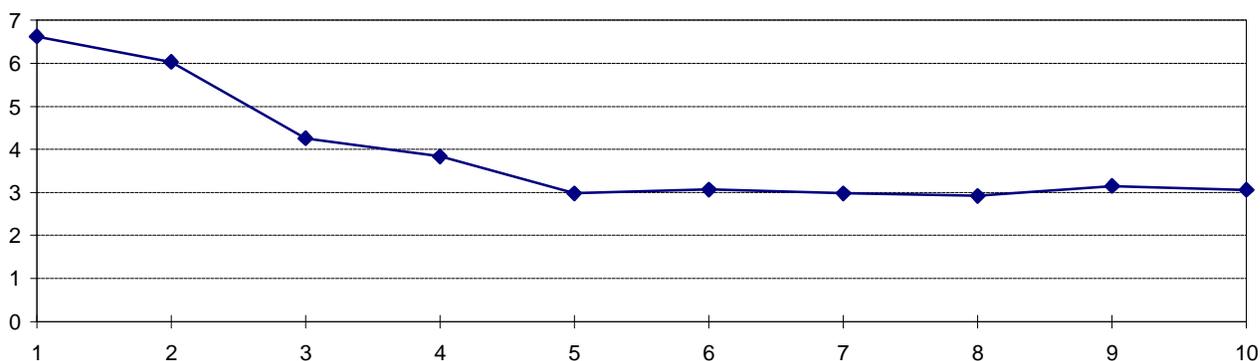
Por lo tanto, la proporción del gasto en salud se modifica cuando el criterio de decilización se modifica. Si los deciles se conforman según el ingreso corriente, el gasto en salud representa una proporción más elevada. Como se observa en el cuadro 4.2 la proporción del gasto pasa del 6.6% en los hogares de menor ingreso y disminuye a 3% en los de mayor ingreso corriente.

Cuadro 4.2. Gasto en salud de los hogares según decil de ingreso corriente	
Decil de ingreso corriente	% del gasto en salud del ingreso corriente
1	6.62
2	6.03
3	4.26
4	3.84
5	2.98
6	3.07
7	2.98
8	2.92
9	3.15
10	3.06

Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

La gráfica 4.2 muestra claramente el comportamiento antes descrito. Cuando se deciliza por el ingreso corriente y se compara el gasto en salud con dicho ingreso, la proporción del gasto en salud es superior en los deciles de menor ingreso y cae en los de mayor ingreso.

Gráfica 4.2. Gasto en salud de los hogares como proporción del ingreso corriente según deciles de ingreso corriente. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

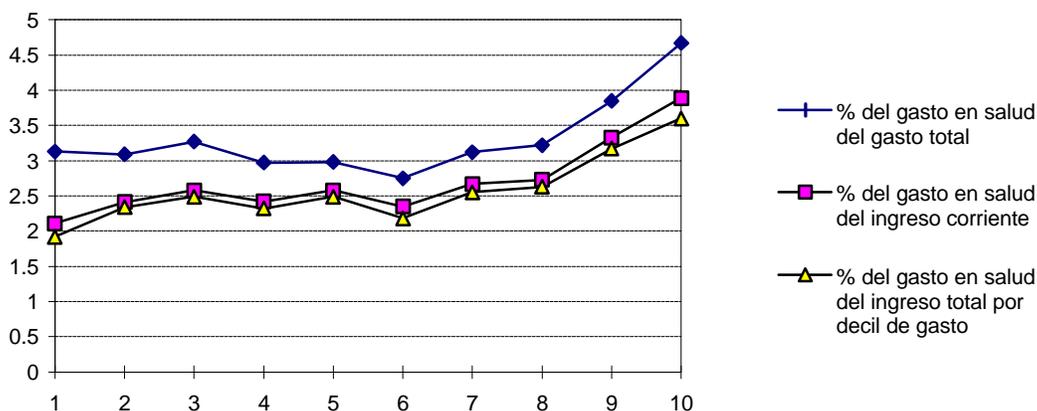
Cuando los deciles se establecen en función del gasto total, la proporción del gasto en salud se reduce, llegando a representar hasta 1.92% en los hogares de menor ingreso, lo que no impide que se modifique la relación, pues dicha proporción se eleva conforme el gasto total de los hogares aumenta. La menor proporción de gasto en salud se encuentra cuando se compara con el gasto total.

Cuadro 4.3. Gasto en salud de los hogares según decil de gasto total			
Decil de gasto total	% del gasto en salud del gasto total	% del gasto en salud del ingreso corriente	% del gasto en salud del ingreso total por decil de gasto
1	3.13	2.11	1.92
2	3.09	2.41	2.34
3	3.27	2.58	2.49
4	2.97	2.42	2.32
5	2.98	2.58	2.49
6	2.75	2.35	2.18
7	3.12	2.67	2.55
8	3.22	2.73	2.63
9	3.85	3.33	3.17
10	4.67	3.89	3.60

Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

En la siguiente gráfica se aprecia que al decilizar respecto del gasto total de los hogares, el gasto en salud, bien sea como proporción del ingreso o del gasto total, se eleva en los hogares con los deciles de mayor gasto total.

Gráfica 4.3. Gasto en salud según los deciles de gasto total de los hogares. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

Los resultados de las comparaciones realizadas evidencian que la valoración del monto del gasto en salud de los hogares se modifica cuando se deciliza según el ingreso o el gasto de los hogares. Ello sugiere que es difícil cuantificar el ingreso de los hogares, dada la existencia de un subregistro del mismo en los estratos tanto de alto como de bajo ingreso. En México, de hecho, aproximadamente 39.7% de los hogares refiere que sus gastos son superiores a sus ingresos (ENIGH 1994).

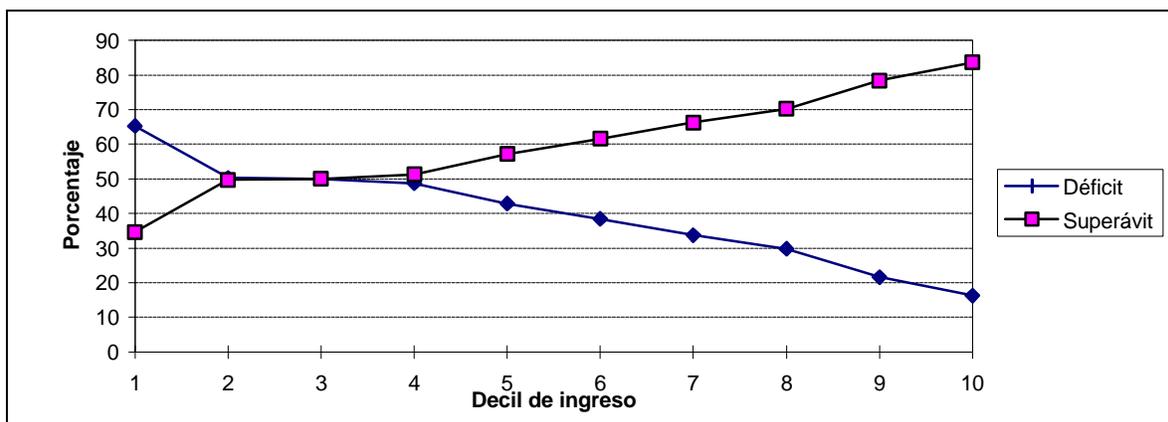
Cuadro 4.4. Relación ingreso-gasto total de los hogares. México, 1994		
Decil de ingreso	Déficit	Superávit
1	65.3	34.7
2	50.3	49.7
3	50.0	50.0
4	48.7	51.3
5	42.8	57.2
6	38.4	61.6
7	33.7	66.3
8	29.8	70.2
9	21.6	78.4
10	16.3	83.7
Total	39.7	60.3

Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

La gráfica 4.4 muestra la relación ingreso-gasto total según los deciles de ingreso total de los hogares. En ella, los hogares de mayor ingreso presentan una menor frecuencia de déficit y una mayor frecuencia de superávit. Por el contrario, los hogares de bajo ingreso muestran una mayor frecuencia de déficit y una menor de superávit. Esto parece indicar que son los hogares de menor ingreso en los que se presenta un mayor subregistro del ingreso, dado que, con frecuencia sus gastos sobrepasan los ingresos reportados.

Por lo tanto, cabe suponer que resultaría más fidedigno analizar el gasto en salud en función del gasto de los hogares, ya que ello reflejaría el ingreso real de los hogares que no logró captarse mediante la encuesta.

Gráfica 4.4. Relación ingreso/gasto total de los hogares según decil de ingreso total. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

El gasto en salud según tipo de población

Poco menos de la tercera parte del gasto de bolsillo se dedica al consumo de medicamentos (28%). Este gasto puede realizarse en farmacias. El resto del gasto en salud de los hogares se realiza en los servicios de salud. El nivel de aseguramiento determina la forma de utilización de los servicios de salud. El cuadro 4.5 muestra que la población asegurada realiza un mayor uso de sus servicios (66%) que la población no asegurada (46%). La cuarta parte de los servicios privados utilizados fueron demandados por población asegurada.

Todos los grupos utilizan servicios sustitutos o complementarios a los que tienen derecho. Particularmente, llama la atención que sea la población no asegurada la que realiza la mayor demanda de servicios privados.

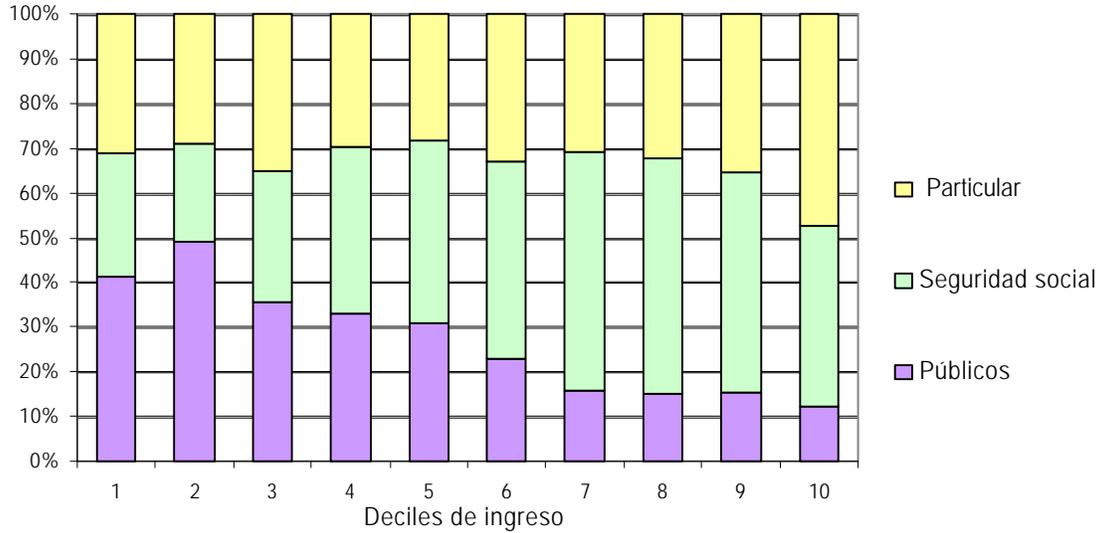
Cuadro 4.5. Servicios de salud utilizados por institución según cobertura de la Población. México, 1994

Cobertura		
Institución	Población Asegurada	Población no Asegurada
Seguridad social	66%	8%
Servicios para no asegurados	11%	46%
Servicios privados	23%	46%
Total	100%	100%

Fuente: ENSA II, SSA, 1994.

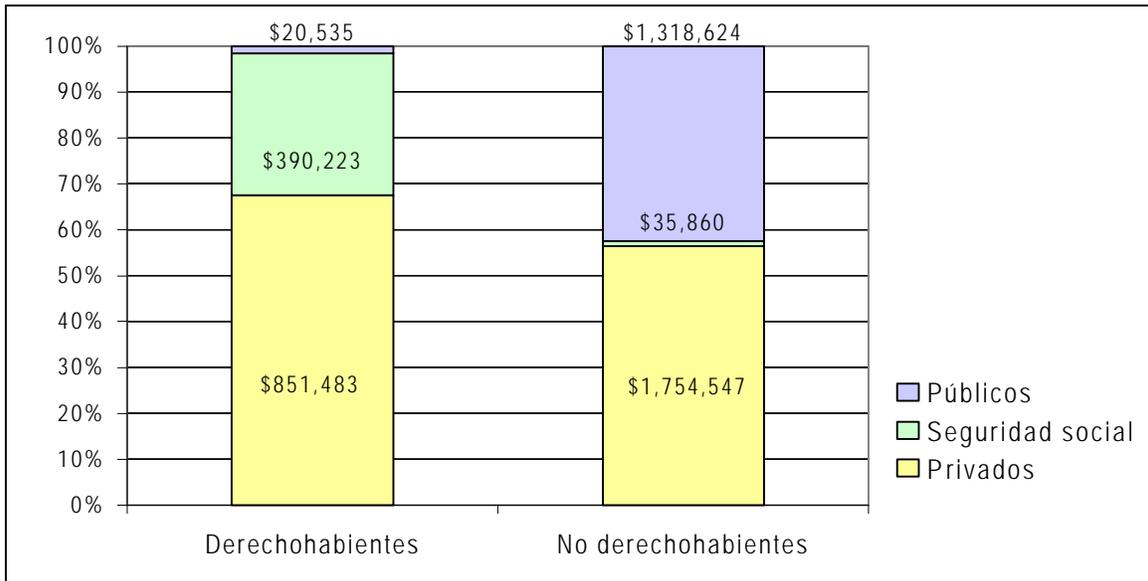
El uso de los servicios en la población enferma se asocia con el nivel de ingreso. Según se observa en la siguiente gráfica, el uso de los servicios públicos se reduce conforme incrementa el ingreso. Lo opuesto ocurre con la seguridad social. Sin embargo, el uso de los servicios de seguridad social se reduce discretamente en los deciles de mayor ingreso. El uso de los servicios privados se comporta relativamente homogéneo y sólo el decil de mayor ingreso muestra un elevado uso (gráfica 4.5).

Gráfica 4.5. Servicios de salud que utilizó la población enferma según deciles de ingreso. México, 1994.



Sin embargo el gasto de bolsillo que realizan difiere en magnitud según la población de que se trate –asegurada o no asegurada- y los servicios que utilicen. La población no asegurada realiza 2.4 veces el gasto de bolsillo de los asegurados. El gasto en servicios privados es mayor entre los asegurados (67%) que entre los no asegurados (56%). La magnitud de este gasto entre los no derechohabientes es 2 veces mayor que el gasto entre los derechohabientes en estos servicios. La siguiente gráfica muestra que de acuerdo con lo esperado, el gasto en los servicios de seguridad social es prácticamente inexistente entre los no derechohabientes (1%). Entre los derechohabientes, este gasto representa 31% del total. El gasto en los servicios públicos es mínimo para la población derechohabiente (16%) en tanto que representa 43% del gasto de la población no derechohabiente (gráfica 4.6).

Gráfica 4.6. Gasto privado en salud según cobertura y tipo de servicio utilizado



Fuente: FUNSALUD 1998. México 1998.

El gasto en salud de los individuos se dirige a la seguridad social, a los servicios médicos públicos, a los privados y al seguro médico privado. El gasto que realizan los usuarios de los servicios privados representa un gasto de bolsillo, al igual que el gasto en forma de cuotas de recuperación de los servicios públicos. La seguridad social recibe una aportación periódica de los trabajadores, equivalente a 25% del gasto del IMSS e ISSSTE. Estos aportes se deducen del salario y se destinan directamente hacia los fondos IMSS e ISSSTE. El gasto en seguro médico privado representa apenas 1.4% del gran total. El gasto para la seguridad social conforma el 34.3% del total. La contribución de los derechohabientes representa un gasto promedio por persona de \$174.3 por año.

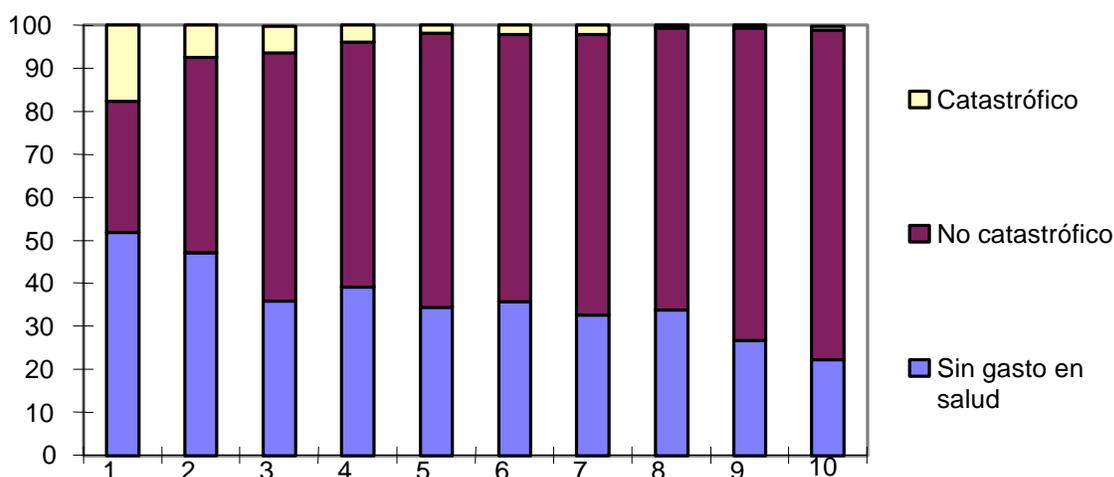
Gasto privado en salud según ingreso disponible

En general, los hogares gastan del bolsillo 3.8% de su ingreso para la atención de la salud, mismo que destinan al pago de servicios privados lucrativos y a la compra de medicamentos en las farmacias.

Además de la salud, el ingreso de los hogares se destina a diversos renglones. De hecho los gastos de bolsillo en salud compiten con otros gastos para satisfacer el conjunto de necesidades de los hogares. Idealmente, los gastos en salud deberían realizarse conjuntamente con los gastos básicos de subsistencia. Es por ello que se consideró importante comparar el gasto en salud con el ingreso disponible para el consumo de bienes y servicios, estimación que se obtiene luego de descontar los gastos básicos alimentarios del ingreso total de los hogares. Por otra parte, un gasto en salud por encima del 50% del ingreso disponible de los hogares es considerado como "catastrófico".

La gráfica 4.7 muestra los hogares distribuidos en deciles de ingreso total y agrupados según el gasto en salud que realizaron. Se observa que del total de hogares con menor ingreso, casi 50% no realizaron ningún gasto en salud, en tanto que sólo 20% de los hogares de mayor ingreso dejaron de gastar en salud. Esto es, el mayor ingreso eleva la probabilidad de realizar gastos de bolsillo en salud. Por otro lado, 30% de los hogares de menor ingreso realizaron gastos de bolsillo no catastróficos (menores al 50% del ingreso disponible), proporción que asciende a 80% en el caso de los hogares de mayor ingreso. El gasto catastrófico se concentra en 20% de los hogares de menor ingreso, mientras que sólo en 1% de los hogares de mayor ingreso se observan gastos catastróficos.

Gráfica 4.7. Gasto en salud por nivel de ingreso disponible según deciles de ingreso total. México, 1994



Fuente: FUNSAUD. Procesamiento con datos de INEGI. ENIGH. 1994. México.

Gasto de los hogares según ingreso y gasto total

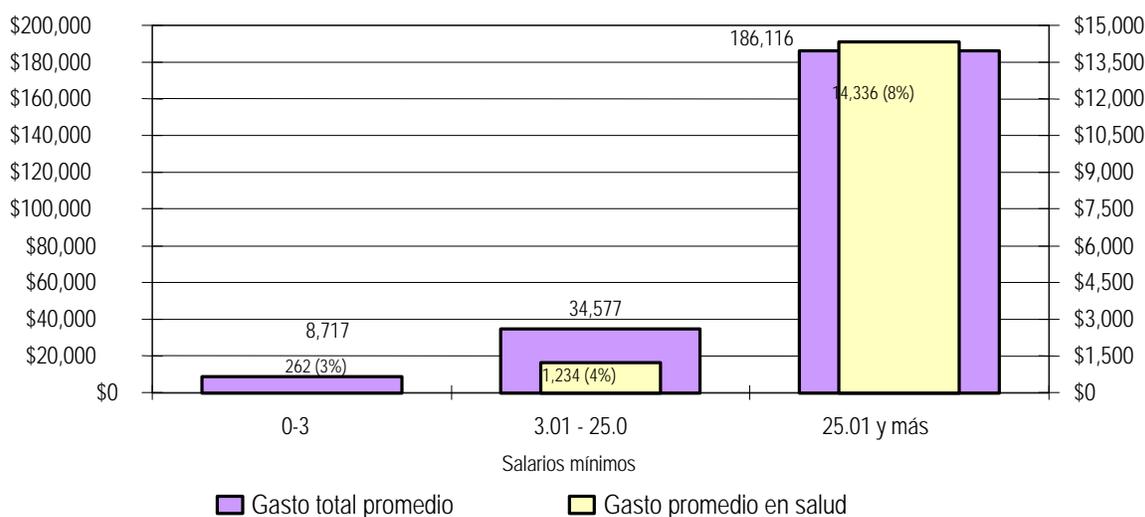
A nivel nacional, el gasto de bolsillo en salud de los hogares representa en promedio 3.8% de su gasto total y 3% de su ingreso total. Esto corresponde a un gasto en salud de bolsillo anual de \$173.5 por persona (US\$52.6), y de \$780 por hogar (US\$236.6). La comparación de esta cifra con la registrada en el estudio de FUNSALUD para ese mismo año, de \$614 por persona, permite identificar un subregistro de casi 2/3 del gasto en salud en esta encuesta. Ambas cifras de gasto fueron analizadas considerando que toda la población puede realizar gastos en salud de bolsillo, ya sea para pago de servicios o compra de medicamentos.

Actualmente, una de las políticas de subsidio a la atención de la salud para la población con seguridad social en México cubre a los grupos con ingresos hasta de 3 salarios mínimos. Asumiendo que el gasto total refleja el ingreso de los hogares, se dividió el gasto total de los hogares para formar tres grupos, que en su equivalencia en número de salarios mínimos corresponden a 0 a 3, 3.01 a 25 y 25.01 ó más.

Según este agrupamiento, cuando el gasto es de 0 a 3 veces el salario mínimo (0 a 15,660 pesos anuales, equivalentes a US\$4,608), la proporción promedio del gasto en salud es de 3% de su gasto total, lo que corresponde a \$262 pesos anuales (US\$79) de un promedio de 8,717 pesos de gasto total anual (US\$2,642).

El grupo de mayor ingreso (\$135,720 y más, ó US\$41,127 anuales) realiza un gasto en salud promedio equivalente a 4,336 pesos (US\$1,314), lo que corresponde a 8% de su gasto total anual. El grupo de ingreso intermedio, cuyo gasto integra el rango de 3.01 a 25 veces el salario mínimo (\$20,880 a \$130,500 ó US\$6,327 a 39,546), tiene un gasto en salud del 4%, lo que representa 1,234 pesos en promedio (US\$374). Esto es, en términos generales, el gasto en salud se eleva conforme lo hace el gasto total, de manera que la política de subsidio a la seguridad social en el caso de los grupos que perciben hasta tres salarios de ingreso tendería a disminuir la proporción del ingreso que dedican al gasto en salud. La asociación del gasto total y en salud se muestra en la siguiente gráfica donde el gasto total promedio y el gasto promedio en salud se elevan con el ingreso (gráfica 4.8).

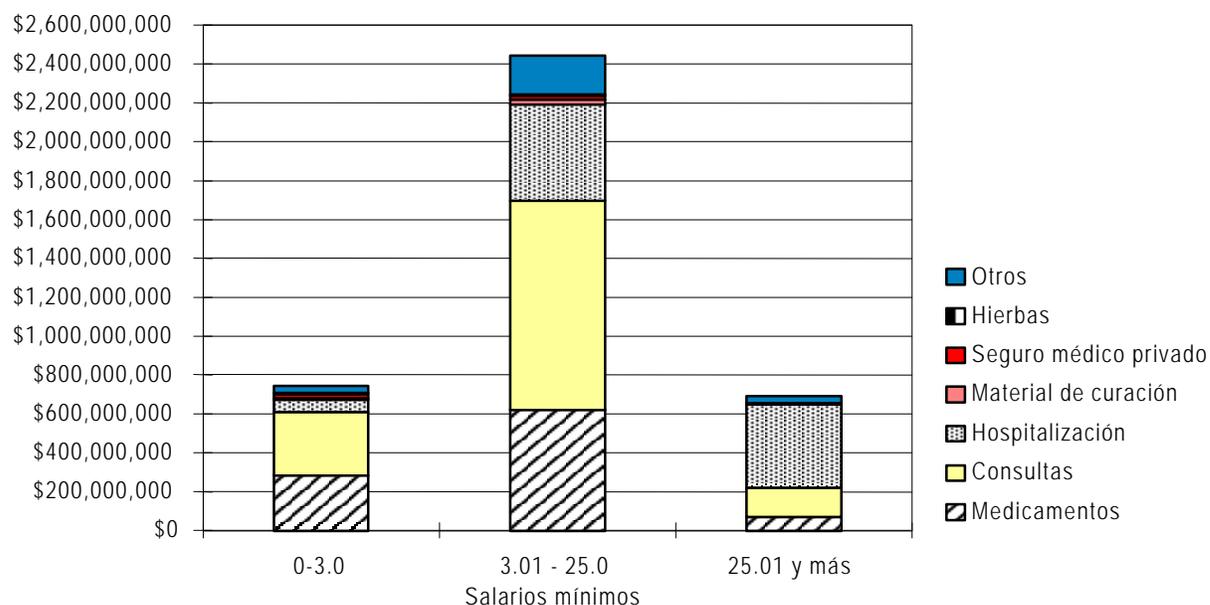
Gráfica 4.8. Gasto promedio anual del hogar, gasto total y gasto en salud, como porcentajes del gasto total por nivel de ingreso. México. 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

El mayor gasto total y en salud corresponde a los hogares que perciben de 3.01 a 25 salarios mínimos. En este grupo, el gasto en salud representa tres veces más que el gasto por el mismo concepto de los otros dos grupos de ingreso. Si se considera la participación en el mercado de cada uno de estos grupos, es el grupo de mayor ingreso el que realiza el menor gasto en salud, lo que en parte se explica por el hecho de que se trata del grupo de población menos numeroso en el país (gráfica 4.9).

Gráfica 4.9. Gasto total y promedio en salud anual por tipo de gasto y nivel de ingreso. México, 1994

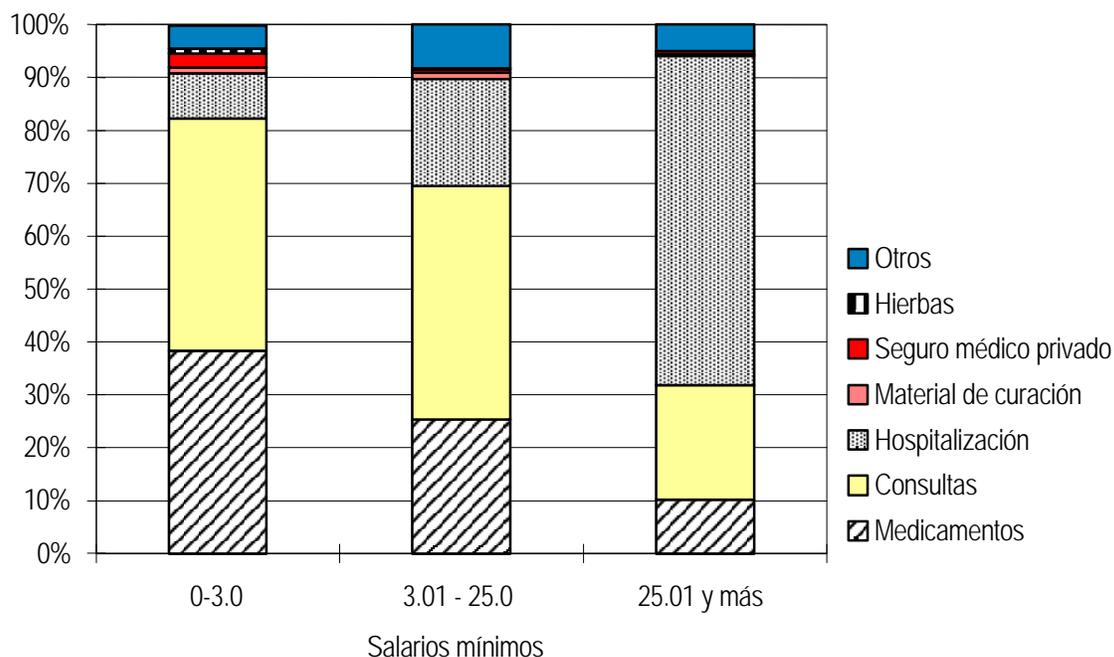


Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

En la siguiente gráfica se observa que la consulta absorbe el mayor volumen de gasto de la población. El gasto en medicamentos y consulta se reduce conforme incrementa el ingreso de los hogares. Por el contrario, el gasto en hospitalización se eleva mientras mayor es el gasto total (gráfica 4.10)

En cada grupo de ingreso existe un concepto de gasto importante, y éste difiere de un grupo a otro. La consulta absorbe 44% del total del gasto del grupo de 3.01 a 25 salarios mínimos de ingreso. En cambio, 65% del gasto en salud de los hogares de 25 y más salarios se destina a la hospitalización. El gasto en medicamentos, especialmente entre los hogares de menores ingresos, representa casi 40% del gasto en salud. El gasto en seguros médicos privados en todos los niveles de ingreso es menor al 2% del gasto total (gráfica 4.10)

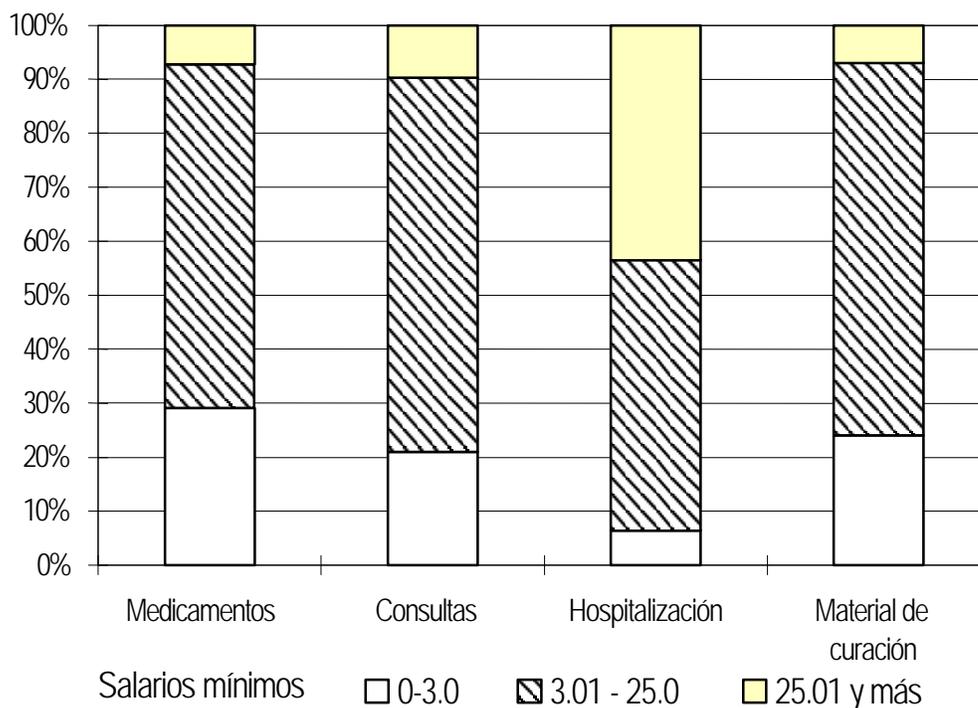
Gráfica 4.10 Distribución del gasto en salud por tipo y nivel de ingreso. México, 1994



Fuente: FUNSAUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

En la gráfica 4.11 se presenta la composición del gasto en salud por nivel de ingreso. El gasto en el seguro médico privado es realizado por los hogares de ingreso medio y, en una mínima proporción, por los hogares de más de 25 salarios mínimos. El 50% del gasto en medicamentos se realiza por el grupo de ingreso intermedio, y 40%, por el grupo de menor ingreso. El gasto en hospitalización corresponde en un 45% a los grupos de ingreso intermedio. Esto es, los servicios que captan la mayor proporción del gasto de bolsillo cambian con los niveles de ingreso, y su perfil se asocia a los servicios ambulatorios en los grupos de ingresos bajo y medio, y al servicio hospitalario en los de mayor ingreso (ver gráfica 4.11).

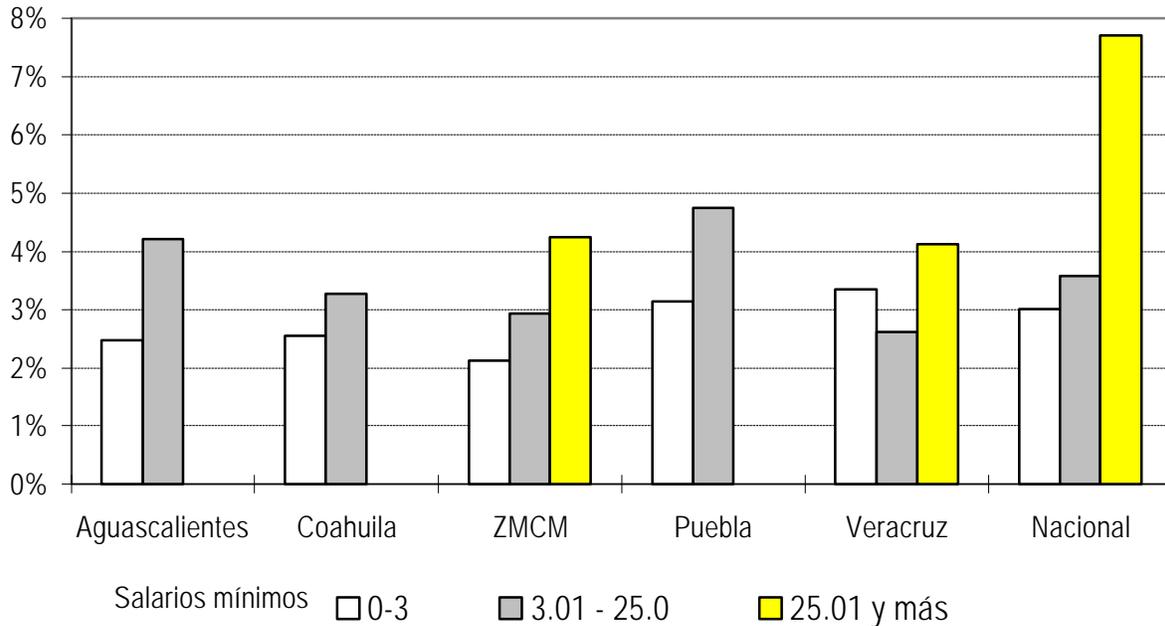
Gráfica 4.11. Composición del gasto en salud por nivel de ingreso. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

La ENIGH 1994 es representativa de 6 entidades del país; sin embargo, en el caso de Aguascalientes, Puebla y Veracruz, la muestra no es suficiente para los hogares de los estratos de ingreso más alto. El análisis según entidad muestra diferencias en el porcentaje del gasto en salud de los hogares, si bien el patrón de gasto en salud nacional se conserva (gráfica 4.12). En Puebla y Veracruz, los hogares de bajos ingresos gastan más en salud que el promedio nacional. Asimismo, los hogares de Aguascalientes y Puebla con ingresos de 3.01 a 25 salarios mínimos tienen el porcentaje más alto del gasto en salud.

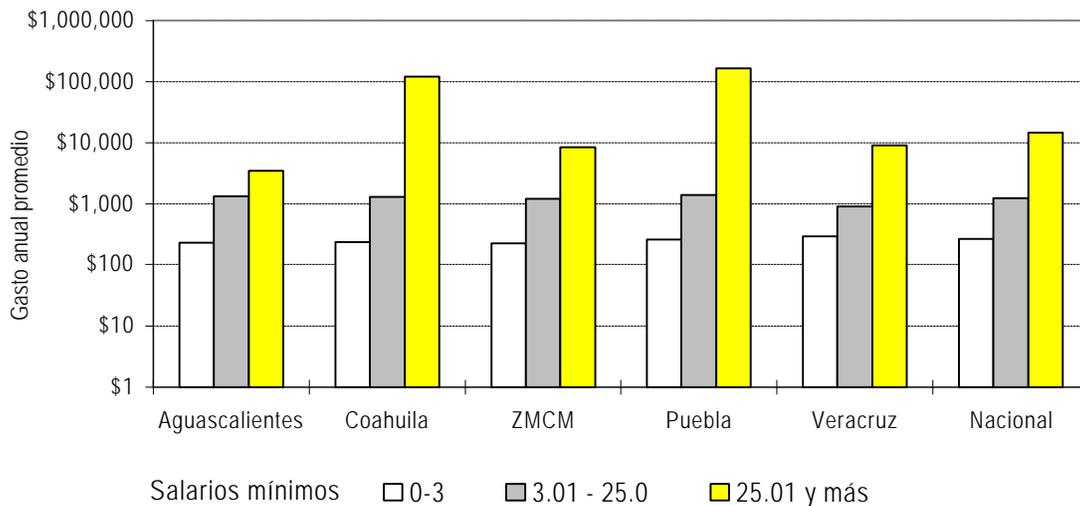
Gráfica 4.12. Porcentaje del gasto en salud del total del gasto de los hogares por estado. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

En términos monetarios, el gasto anual promedio en salud de los hogares en los estados es similar al nacional, excepto en Coahuila y Puebla, donde el gasto es más alto que el nacional en el estrato de mayor ingreso. El gasto anual promedio en el grupo de menor ingreso es menor a \$100 (US\$30.3), en el estrato medio es cercano a \$1,000 (US\$303), mientras que en el de mayor ingreso es cercano o superior a \$100,000 (US\$30,303) (gráfica 4.13).

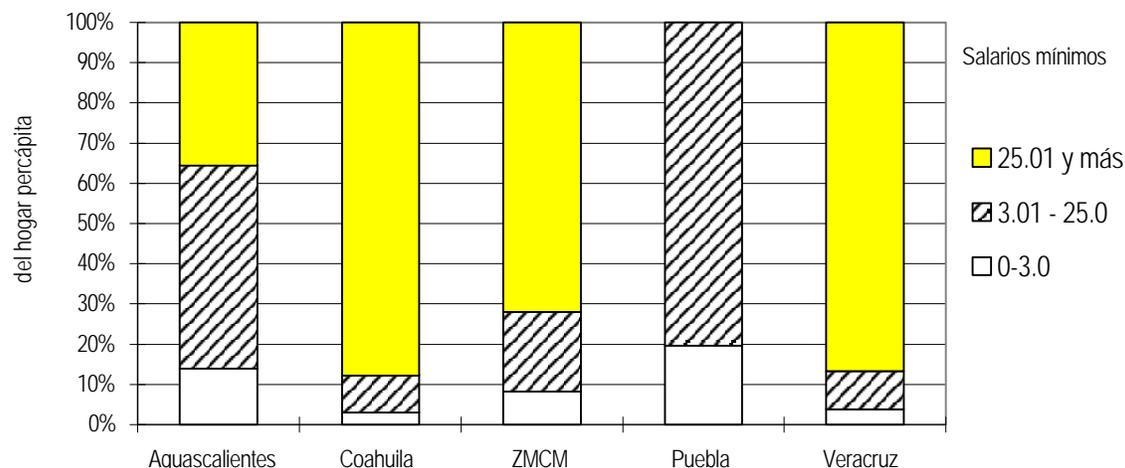
Gráfica 4.13. Gasto promedio anual en salud por estado. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborada con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

El análisis a nivel de los individuos permite comparar con las cifras obtenidas en el nivel nacional por habitante. De acuerdo con la misma ENIGH de 1994, el gasto en salud se eleva con el ingreso. La gráfica 4.14 muestra la homogeneidad de los gastos en los grupos de ingreso bajo y medio, que son en promedio 5 veces superiores en el estrato medio que en el bajo. Para el grupo de ingreso más elevado el gasto puede duplicarse o elevarse en más de 300 veces, lo que marca una diferencia entre las entidades estudiadas, posiblemente por el tamaño de muestra estatal para ese estrato de ingreso, que resulta reducido en cada grupo de estudio.

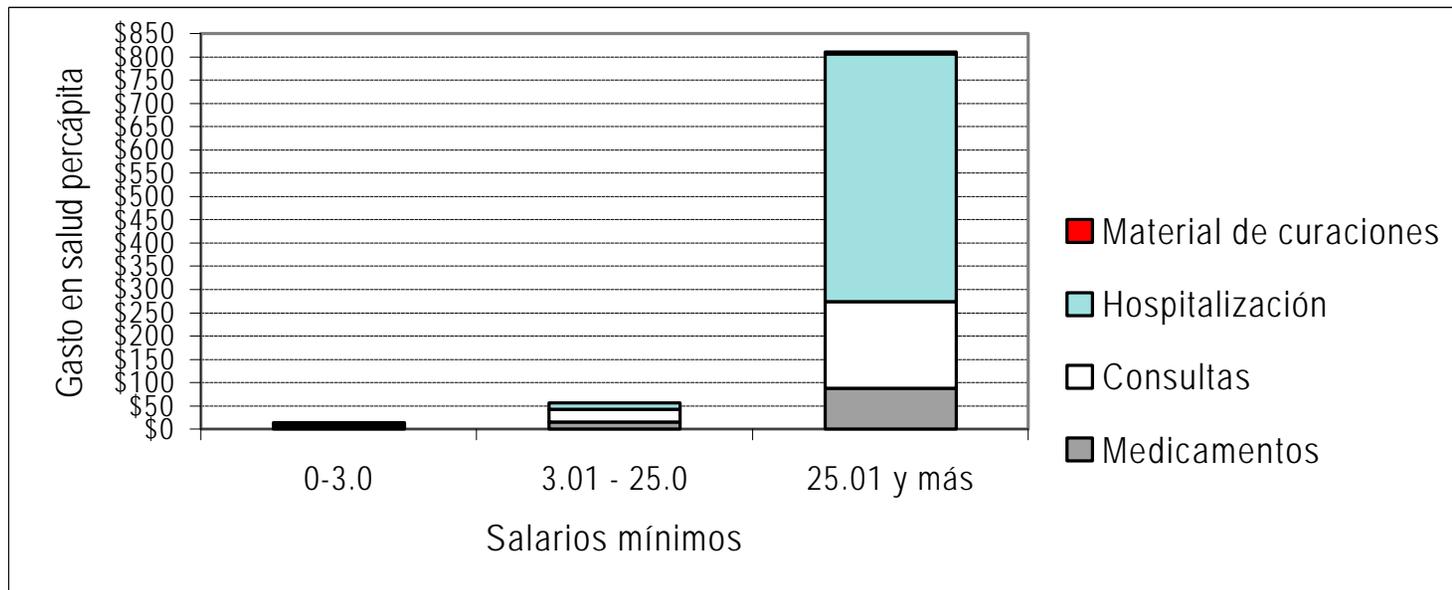
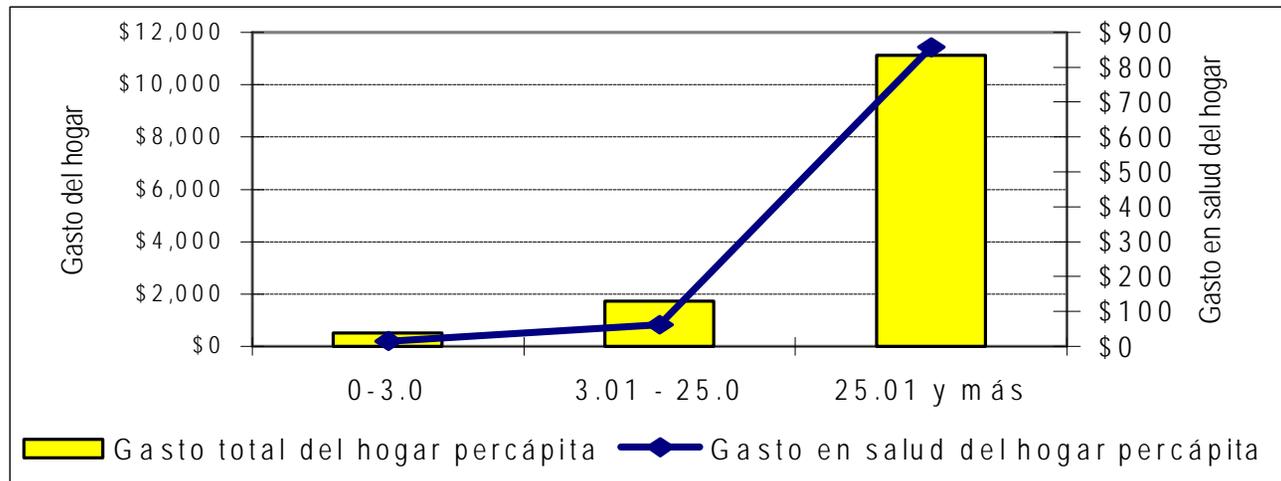
Gráfica 4.14. Gasto promedio anual en salud por persona, según nivel de ingreso en salarios mínimos. México, 1994



Fuente: FUNSAUD. Elaborado con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

En promedio el conjunto de entidades muestra una distribución muy similar a la nacional. Según se observa en la gráfica 4.15. El gasto anual en el grupo de menor ingreso es en promedio de \$15 por persona, cifra que se eleva a \$62, en el grupo de ingreso medio y \$857 en los de mayor ingreso. Como se señaló anteriormente, el gasto por persona de bolsillo en esta encuesta muestra un subregistro superior a tres veces el valor esperado según las estimaciones nacionales disponibles en el país y que se toman en FUNSAUD.

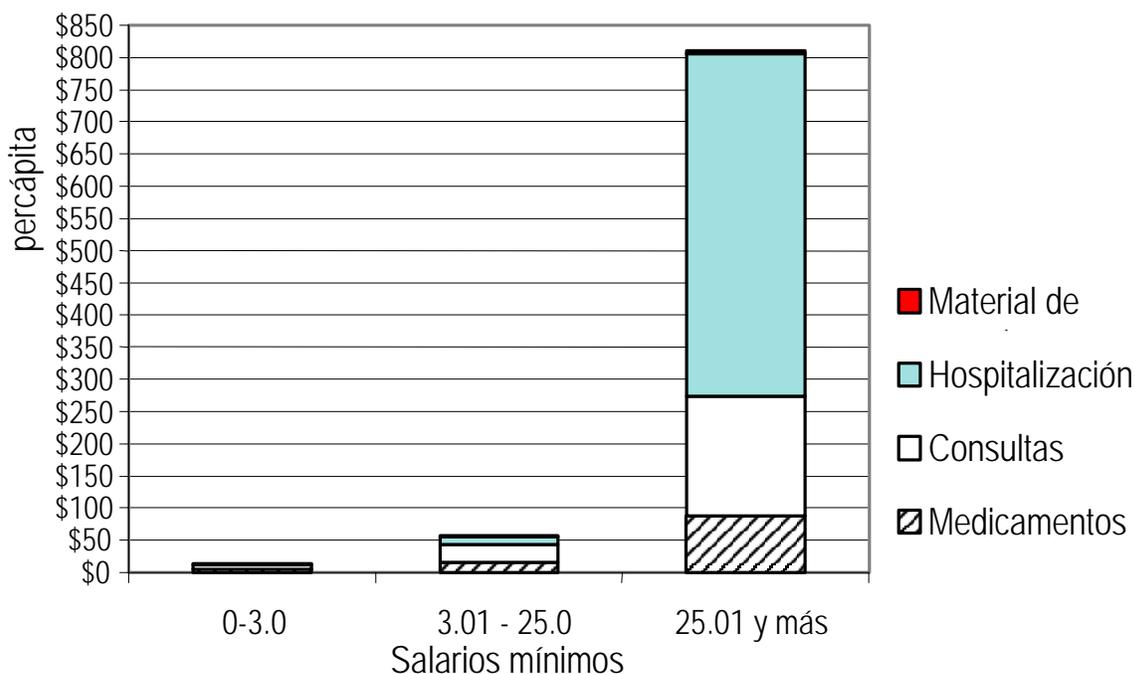
Gráfica 4.15. Gasto anual per cápita total y de bolsillo en salud por nivel de ingreso del hogar. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborado con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

El gasto en salud percápita, por tipo de gasto conserva el perfil que se observa en los hogares, el bajo ingreso se asocia a gasto en atención ambulatoria y medicamentos, en tanto que en el grupo de mayor ingreso el gasto se canaliza a la atención hospitalaria (gráfica 4.16).

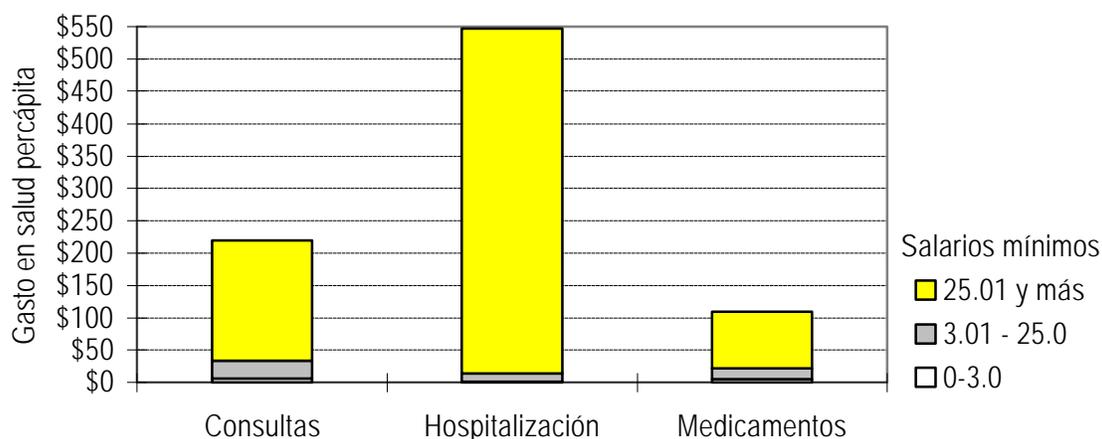
Gráfica 4.16. Gasto en salud percápita por tipo de gasto de bolsillo en salud según niveles de ingreso. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborado con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

Según se aprecia en la siguiente gráfica, el gasto por persona realizado en los diversos bienes y servicios alcanza una mayor magnitud entre quienes tienen mayor ingreso en todos los casos estudiados (gráfica 4.17).

Gráfica 4.17. Gasto en salud percápita por nivel de ingreso según tipo de gasto de bolsillo. México, 1994



Fuente: FUNSALUD. Elaborado con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

Además de la información disponible en la ENIGH 1994, la ENSA II del mismo año contiene información complementaria para las entidades, y señala las diferencias en los conceptos de gasto en las diversas regiones geográficas del país. En este caso, la regionalización no incluye criterios de orden socioeconómico.

Los datos evidencian que la hospitalización absorbe la mayor proporción de gasto por evento y los medicamentos, la menor. Los análisis de laboratorio representan un monto promedio intermedio entre los medicamentos y las consultas.

En general, las erogaciones en el norte del país son mayores en materia de consultas, pero no para la hospitalización, en la que la Ciudad de México tiene el promedio más elevado. Las regiones con menores gastos promedio son la del centro, el sureste y PASSPA, que coinciden en tener el menor gasto en salud por habitante. Por otro lado, los estados con el mayor gasto en salud por habitante coinciden en tener los precios más elevados del norte (cuadro 4.6).

Cuadro 4.6. Gasto promedio por evento de atención, según región geográfica. México, 1994				
Zona	Medicamentos	Consulta	Laboratorio	Hospitalización
Norte	81	204	140	3,204
Centro	70	156	152	3,038
ZMCM	80	186	159	4,231
PASSPA	69	184	156	2,675
Sureste-	82	74	129	3,179
Promedio	77	161	147	3,275

Fuente: FUNSALUD. Elaborado con datos de SSA. ENSA II. 1994.

El subregistro existente en las cifras de la ENIGH parece evidenciarse también al compararse con el gasto por evento estimado de la ENSAII del mismo año. Sin embargo, permite tener una idea del comportamiento para algunas entidades según los estratos de ingreso. En las diversas entidades se conserva el perfil de gasto de bolsillo per cápita por tipo de gasto que se presenta a nivel nacional, pero no existe representación suficiente de todos los estratos de ingreso, por lo que existen cifras que sugieren la mayor confiabilidad para la ZMCM, Coahuila y Veracruz.

Llama la atención que la distribución proporcional de los conceptos de gasto sea discrepante con la información que brinda la ENSAII principalmente para el caso de la hospitalización. Ello pudiera explicarse porque el grupo con mayor representatividad en todas las entidades es el de menor e ingreso medio.

De acuerdo con estos datos de la ENIGH, la menor diferencia entre los estratos de ingreso se presentan en el gasto por medicamentos y en mayor medida por los gastos en hospitalización (Cuadro 4.7).

Cuadro 4.7. Gasto anual de bolsillo en salud por persona según tipo y entidad. México, 1994					
MEDICAMENTOS					
SALARIO	Aguascalientes	Coahuila	ZMCM	Puebla	Veracruz
0-3.0	\$5	\$6	\$6	\$5	\$6
3.01 - 25.0	\$16	\$17	\$14	\$20	\$15
25.01 y más	\$12	\$158	\$52	\$3,791	\$133
CONSULTAS					
SALARIO	Aguascalientes	Coahuila	ZMCM	Puebla	Veracruz
0-3.0	\$6	\$6	\$6	\$6	\$9
3.01 - 25.0	\$23	\$24	\$33	\$23	\$14
25.01 y más	\$166	\$466	\$218	\$61	\$617
MATERIAL DE CURACIÓN					
SALARIO	Aguascalientes	Coahuila	ZMCM	Puebla	Veracruz
0-3.0	\$0.18	\$0.19	\$0.18	\$0.13	\$0.07
3.01 - 25.0	\$1	\$1	\$1	\$1	\$0.12
25.01 y más	\$1	\$1	\$5		
HOSPITALIZACIÓN					
SALARIO	Aguascalientes	Coahuila	ZMCM	Puebla	Veracruz
0-3.0	\$2	\$2	\$1	\$2	
3.01 - 25.0	\$12	\$19	\$8	\$20	\$14
25.01 y más		\$5,051	\$220	\$16,378	

Fuente: FUNSALUD. Elaborado con datos de INEGI. ENIGH. México 1994.

De cualquier forma, estos gastos difieren según la condición de aseguramiento de la población. Se observa que existe un gasto superior en todas las regiones cuando la población es asegurada, lo que puede asociarse al hecho de que se trata de una población que está empleada, cuenta con un ingreso permanente y, en general, tiene un mayor acceso a la atención médica.

Llama la atención que la diferencia en el gasto promedio por un mismo evento entre la población asegurada y no asegurada sea mayor en algunas regiones; en este sentido, el caso extremo es el sureste. Asimismo, los exámenes de laboratorio parecen absorber el mayor monto del gasto entre los no asegurados en la mayor parte de las regiones (Cuadro 4.8).

Cuadro 4.8. Gasto en salud promedio por evento de atención según región geográfica y aseguramiento. México, 1994					
Gasto	Norte	Centro	ZMCM	PASSPA	Sureste
Hospitalización					
Asegurados	3,385	4,601	4,890	3,066	5,749
No asegurados	3,068	2,548	3,558	2,504	1,549
Consulta					
Asegurados	254	258	122	76	63
No asegurados	172	114	248	216	80
Exámenes de laboratorio					
Asegurados	124	116	162	224	69
No asegurados	148	168	155	123	147
Medicamentos					
Asegurados	91	77	89	69	98
No asegurados	74	67	72	68	76

Fuente: FUNSALUD. Con datos de ENSA II. México 1994.

Anexo 5: Las instituciones privadas sin fines de lucro que proporcionan servicios de salud en México: Estudio piloto

Presentación

En México, el gasto privado supera al gasto público en salud. Su estudio resulta imprescindible para identificar las oportunidades de intervención en materia de política de financiamiento en salud. Sin embargo, hasta ahora existe escasa información sobre los montos y flujos de financiamiento privado. Por ello se requiere de estudios específicos orientados a captar la información faltante.

Uno de los componentes del gasto privado en salud es el que se realiza en Instituciones Privadas sin Fines de Lucro (IPSFL). La documentación de sus acciones y ejercicio financiero es escasa. Actualmente se dispone de registros nacionales en forma agregada en los censos económicos de 1994, pero éstos no identifican de manera específica la información sobre las IPSFL que trabajan en el campo de la salud. Por lo tanto, es necesario un estudio específico que analice los flujos financieros en estas instituciones y que permita integrar y complementar el estudio de gasto en salud en México.

Es con este propósito que la Fundación Mexicana para la Salud realizó, a mediados de 1997 y principios de 1998, una encuesta piloto sobre el financiamiento de las IPSFL que proporcionan servicios de salud en México.

El presente anexo examina los resultados de dicha encuesta. En la primera sección del trabajo se presentan los antecedentes generales de las IPSFL de salud dentro del contexto nacional. En el segundo se describen los estudios existentes sobre el tema, y se plantean los objetivos y la metodología de esta encuesta. El tercer apartado se dedica al análisis de los resultados del estudio piloto y expone las limitaciones e inconsistencias de la información. El último apartado, de conclusiones, examina los principales hallazgos surgidos del análisis e incluye recomendaciones para la realización de un estudio a nivel nacional.

Diseño del estudio piloto

En este capítulo abordaremos los aspectos relativos a la encuesta piloto, esto es, sus objetivos, la metodología utilizada y los criterios de selección de la muestra.

FUNSALUD ha cubierto un vacío en la generación de información estratégica para la Reforma del Sistema Nacional de Salud en México al crear las CNS. Esta contabilidad dispone de información a nivel nacional, institucional, por tipo de servicio y gasto desde 1992 y ha permitido identificar elementos de cambio en el financiamiento de los servicios de salud hasta antes desconocidos. Uno de ellos es la magnitud del gasto en salud en el país, y otro, el papel cada vez más importante del gasto privado.

La dinámica financiera destaca la necesidad de ampliar las estrategias de medición adoptadas hasta la fecha, para lograr estimaciones integrales a la luz de las nuevas políticas de diversificación y movilización del gasto contenidas dentro de los procesos actuales de expansión de las IPSFL. Esta información adicional incluye la cuantificación y el análisis del gasto en salud de las IPSFL.

Este trabajo piloto se centra en la captación de información financiera de las IPSFL, a través de un estudio piloto que proporcione los elementos necesarios para un posterior estudio a nivel nacional.

Objetivos

El propósito fundamental del estudio piloto fue complementar la información existente en las CNS con aquella correspondiente al gasto de las IPSFL que llevan a cabo actividades de salud. Para ello se diseñó un estudio de tipo transversal y exploratorio que describiera el flujo financiero de los años 1992 -1996. Por tratarse de un estudio piloto, y con el fin de depurar el diseño para un estudio futuro a nivel nacional, un aspecto importante dentro del estudio mismo fue conocer el funcionamiento de un cuestionario y la respuesta de las instituciones privadas no lucrativas ante la solicitud de la información.

Metodología

La cantidad exacta de estas instituciones se desconoce, pero ha habido esfuerzos de recopilación de información muy valiosos que permiten conocer su número aproximado y sus características generales. En 1996, el Centro Mexicano para la Filantropía (CEMEFI) elaboró un directorio que identificó 3,284 instituciones que se dedican a la asistencia, la promoción del desarrollo social, la ecología, los derechos humanos, la educación ciudadana y el desarrollo comunitario, de las cuales 876 se dedican a la salud, es decir, casi la cuarta parte del total; esta cifra, sin embargo, puede ser engañosa, ya que en ella se incluyen instituciones dedicadas a las tareas de salud, bienestar y educación.

Existen diversas fuentes de información sobre las instituciones de asistencia privada, con diferentes informes sobre el número total de ellas. El Foro de Apoyo Mutuo (1995) declara que hay 2,800 instituciones, el directorio de la Fundación Murrieta y el Departamento del Distrito Federal (1996) informan sobre 5,000, CEMEFI (1995/96), 3,284, la Secretaría de Gobernación 1,325, y el directorio de la SEDESOL, 3,500, si bien esta última cifra incluye clubes deportivos. El listado que publica cada año la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de las instituciones, asociaciones y sociedades civiles y otras organizaciones autorizadas para el manejo de donativos deducibles del impuesto sobre la renta identifica 2,679 instituciones. Cabe destacar que este último dato muestra, de manera indirecta, que el reconocimiento fiscal de las organizaciones no lucrativas en México es parcial.

En el Distrito Federal se encuentran las instituciones privadas no lucrativas más grandes y las que tienen representación nacional. Además, en esta ciudad se concentran alrededor de 400 instituciones privadas no lucrativas dedicadas a la salud, o sea, el 50% de las instituciones en este campo.

Con base en la información obtenida de los distintos directorios y considerando la opinión de los expertos en el tema, se eligieron 23 instituciones cuya característica principal era la prestación de atención preventiva, curativa y/o de rehabilitación. Asimismo, se buscó que manejaran un monto importante de recursos, que contaran con diferentes modalidades de financiamiento y con exención de impuestos. Cabe notar que las instituciones que reunieron el conjunto de estas características tienen todas como sede el Distrito Federal.

Es importante aclarar que algunas instituciones no proporcionaron la totalidad de la información solicitada, por lo que fue necesario estimar parte de la misma a partir de los datos disponibles. Así, por ejemplo, la institución F sólo proporcionó los porcentajes correspondientes a sus ingresos y egresos, por lo que sus montos se estimaron a partir del informe anual que distribuye públicamente esta institución. La institución D no proporcionó sus egresos, por lo que se procedió a estimarlos con

base en la suposición de que ese año, todo su capital había sido gastado, como ocurrió con casi todas las instituciones.

En el mes de junio de 1997 se enviaron los cuestionarios a las instituciones privadas no lucrativas, acompañados de una carta donde se exponían los lineamientos del proyecto y los posibles beneficios del mismo, y en la que se establecía el compromiso de mantener como anónima la información obtenida y de presentarla sólo de manera agregada en un documento final que se les daría a conocer.

Para apoyar la obtención de información se adoptó la estrategia de dar seguimiento por vía telefónica a los cuestionarios; el propósito era lograr un acercamiento personal con las instituciones, de forma que se consiguiera un mayor compromiso de su parte para responder el cuestionario; esta estrategia se complementó con un minucioso diario de campo en el que se registraba la información obtenida y el estado de avance de cada solicitud de información.

Diseño del cuestionario

El diseño del cuestionario tomó en consideración la información y las normas utilizadas para la elaboración del reporte del presupuesto ejercido en el sector público, el cual se presenta bajo el encabezado de "Clasificación de gasto por programa" y "Clasificación por objeto de gasto"; estos formatos, son utilizados a nivel internacional, y se anexan al final del documento. Con este formato se busca homogeneizar ambos registros, el público y el privado, no solamente para equiparar los montos, sino para evaluar y planear con mayor equidad las acciones del sector¹. Para facilitar la comparación de las cifras se incluyen también las categorías de gasto que utiliza FUNSALUD desde 1992. La prueba piloto serviría también para identificar las necesidades de ajuste de las categorías en estudio de forma que se facilitara el registro de la información proporcionada por las IPSFL.

Además de la información sobre los flujos financieros incluida en el formato ya mencionado, se obtuvo información complementaria relacionada con las estrategias y los problemas de financiamiento de las instituciones.

El cuestionario está compuesto de cuatro secciones, las cuales formulan alrededor de 20 preguntas en total relacionadas con los siguientes conceptos generales.

- ▲ Datos generales, cobertura poblacional y geográfica
- ▲ Origen de los recursos
- ▲ Monto del gasto
- ▲ Gasto por programa
- ▲ Objeto del gasto

La información solicitada abarca de 1992 a 1996. En este anexo se reporta sólo la información de 1995.

Resultados

En este apartado se describen las instituciones a las que se les solicitó información. Asimismo, se analizan los resultados y las limitaciones de la encuesta piloto, y se formulan sugerencias para un estudio posterior.

¹ Economía y salud: El sistema de cuantas nacionales de salud en México, FUNSALUD, p.53.

Las instituciones seleccionadas pertenecen a los siguientes tipos de organización.

Características de las instituciones	Número de instituciones
Asociaciones	8
Casa Hogar para ancianos	1
Clínicas con tres niveles de atención	1
Fundaciones	7
Instituciones de atención integral para menores de edad	1
Sociedades de beneficencia	1
Voluntariados	1
Servicio social voluntario de damas	5

El cuestionario fue respondido por 9 instituciones cuyo ámbito de trabajo² y tipo de población a la que dirigen sus acciones se distribuye de la siguiente manera: 56% actúa a nivel nacional, 33% a nivel local (Distrito Federal) y 11%, a nivel regional. El 78% de los casos atiende a la población en general, 22%, a menores de edad y 11%, a mujeres y niños.

Aunque todas las instituciones desarrollan programas de salud semejantes, son muy heterogéneas en cuanto a tamaño, grupo de población atendida, área de influencia y especialidad médica que manejan.

Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento para la operación de las instituciones estudiadas son tres: Gobierno, los hogares y patronatos.

Los aportes directos corresponden a los de las empresas y los hogares que se realizan como cuotas de recuperación y donaciones del público o la sociedad en general. Representan la aportación más importante de todas las fuentes de financiamiento equivalente al 87% del monto total.

Los aportes indirectos corresponden al estado, el patronato de cada institución y otras organizaciones privadas no lucrativas. Dos de las instituciones declararon recibir recursos provenientes del gobierno³, en un monto equivalente a 1% del total. Los aportes gubernamentales varían desde 900 mil hasta 180 mil pesos, con un promedio de 500 mil pesos al año. En efecto, la heterogeneidad del aporte gubernamental se observa al constatar que, para una institución, éste representa casi la mitad de sus recursos, mientras que para la otra, sólo representa el 5% (cuadro 5.1)

El financiamiento proveniente del patronato corresponde a 9% del total; si bien se desconoce de dónde obtiene el patronato los recursos, se piensa que éste procede tanto de personas físicas (hogares) como morales (empresas). El 38% de las instituciones declararon recibir este tipo de ingreso, en un monto que varía desde 3 millones hasta 1.5 millones de pesos y cuyo promedio es de 2.5 millones. Cabe destacar que para una de las instituciones, este aporte representa casi la quinta parte de sus recursos. El cuadro 5.1 muestra que existe una relación inversa entre los aportes de los hogares y el patronato en la que a mayor aporte de los hogares menor aporte del patronato (cuadro 5.1).

² Una institución no reportó información financiera por lo que sólo se citará en los resultados no financieros.

³ El estudio de Sánchez R. "Las instituciones de asistencia social...." p. 65, coincide con nuestros resultados en el porcentaje de recursos que aporta el gobierno a las instituciones. En dicho estudio, este porcentaje va del 18% al 25% del total de ellas.

Respecto de las donaciones en especie, 38% de las instituciones recibieron este tipo de donación, y representa 2% del monto total. El valor de los aportes por este concepto varía de 1.5 millones a 55 mil pesos.

Cuadro 5.1. Fuentes de financiamiento de las IPSFL. México, 1995					
Fuente Institución	Gobierno	Patronato	Hogares	Otros	Total
A			2,394.6	50.0	2,444.6
			98.0%	2.0%	100.0%
B		2,982.3	13,634.6	89.2	16,706.1
		17.9%	81.6%	0.5%	100.0%
C			423.7	27.9	451.7
			93.8%	6.2%	100.0%
D			10,324.9	1,163.5	11,488.4
			89.9%	10.1%	100.0%
E	181.0		110.9	71.5	363.4
	49.8%		30.5%	19.7%	100.0%
F	911.4	1,458.3	15,311.8	546.8	18,228.4
	5.0%	8.0%	84.0%	3.0%	100.0%
G			499.9	299.8	799.8
			62.5%	37.5%	100.0%
H		3,221.6	32,249.5	224.5	35,695.7
		9.0%	90.3%	0.6%	100.0%
Total	1,092.4	7,662.2	74,950.3	2,473.4	86,178.4
Porcentaje	1.3%	8.9%	87.0%	2.9%	100.0%

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, 1998
Cifras en miles de nuevos pesos.

Agentes de financiamiento

Algunas de las instituciones privadas sin fines de lucro entrevistadas desempeñan una función de intermediación de recursos al transferirlos a otras instituciones y usuarios de instituciones de salud - públicas y privadas-. Otras tantas reciben los recursos desde las fuentes y los administran para conservar su capacidad adquisitiva hasta que son erogados. Así, dichos recursos se constituyen como agentes institucionalizados cuyo manejo genera ingresos propios procedentes de intereses, arrendamientos y partidas financieras. Cuando los aportes de recursos por las fuentes se realizan como gastos de bolsillo al momento de consumir los servicios constituye fondos "virtuales".

Los agentes institucionalizados captan los recursos aportados sistemáticamente por las fuentes de financiamiento, directas e indirectas, esto es, del gobierno, los hogares y las empresas. Desde estos agentes los recursos pueden canalizarse como donativos a otras instituciones no lucrativas, o bien a los servicios de la misma institución. Este tipo de agente concentra 3% del total de los aportes, y sirven también para administrar recursos captados en periodos anuales previos (ingresos propios provenientes de arrendamientos, intereses y partidas financieras) que varían desde un millón para la institución D a 28 mil pesos para la institución C.

Por su parte, los agentes virtuales se forman de donaciones espontáneas y cuotas de recuperación, que son aportaciones no sistemáticas provenientes de los usuarios, hogares y empresas; este concepto representa el mayor ingreso de las instituciones y equivale al 87% del total. De este

porcentaje, 52% corresponde a cuotas de recuperación y 35% al monto proporcionado por el público en general, si bien, ambos provienen de gastos de bolsillo de los hogares.

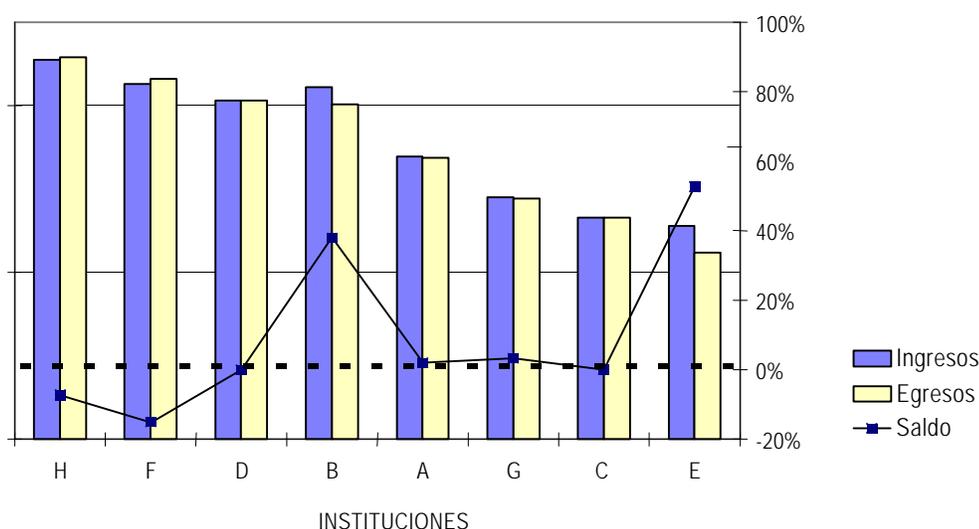
Instituciones prestadoras de servicios

El monto total de los recursos manejados en 1995 por las instituciones entrevistadas asciende a 86 millones de pesos. A continuación se presenta el análisis comparativo entre los ingresos, los egresos y el saldo de las diferentes instituciones entrevistadas.

Existen grandes diferencias en el monto de recursos de las diferentes instituciones, si se considera que el ingreso más alto fue de 35.5 millones, mientras que el más bajo fue 100 veces menor. Estas diferencias tienen variaciones aún más pronunciadas en el rubro de los gastos, en donde las cifras extremas corresponden a 38 millones y a 172 mil pesos, es decir, la primera es 220 veces mayor que la segunda (gráfica 5.1).

El comportamiento general de los egresos entre estas instituciones es el ejercicio casi total de sus ingresos. Las dificultades económicas en 1995 llevaron a las dos instituciones más grandes a tener déficits de 2.5 millones de pesos. Sólo las pequeñas tuvieron un saldo a favor de más del 50%. Esto adquiere aún más peso si se considera que el manejo de estos recursos puede representar el componente de ingresos propios para el gasto del año siguiente. La gráfica 5.1 muestra una línea punteada que representa el equilibrio entre el ingreso y egreso de los recursos, lo que significa que las instituciones ubicadas por debajo de la línea tuvieron un déficit.

Gráfica 5.1. Ingresos, egresos y saldo por IPSFL. México, 1995



De manera similar, se observan grandes diferencias entre las instituciones en el número de personas atendidas. En 1995, la institución F⁴ atendió a más de 12 millones de personas, mientras que la institución E sólo cubrió a 259 individuos. Cabe mencionar que la primera proporciona atención de medicina general, mientras que la segunda se concentra en suministrar atención a niños con problemas de salud que requieren atención de urgencia, rehabilitación física y psicológica, es decir, problemas cuya curación toma, con frecuencia, periodos prolongados.

⁴ La institución F informa que proporcionó 25,846,408 servicios médicos gratuitos, lo que lleva a estimar un promedio de dos servicios por persona y, por lo tanto, un total de casi 13 millones de personas.

Gasto anual por usuario

El análisis del gasto anual por usuario refleja grandes diferencias entre las instituciones. Así, por ejemplo, al gasto más grande, de más de dos mil pesos, le sigue en importancia un gasto casi 4 veces menor, de \$665 pesos. Lo que llama la atención es que ambas instituciones requieren de personal médico de diferentes especialidades para atender integralmente sus problemas de salud y de procesos de rehabilitación muy prolongados, por lo que una diferencia tan significativa entre una y otra resulta incomprensible. Una de las instituciones, la F, tiene un gasto anual por usuario de dos pesos. Aun cuando se sabe que esta institución trabaja con mucho personal voluntario, es difícil explicar un gasto tan bajo. Por lo que se asume que hay un subregistro o subreporte del gasto.

Otro dato relevante es el que se refiere al gasto anual por persona. De nuevo, en relación con las dos instituciones anteriores, la primera atiende a un número de personas cien veces mayor que la segunda, y el gasto anual por persona de la segunda es 4.5 veces más alto que el de la primera, lo que lleva a suponer que una mayor cantidad de atenciones contribuye a abatir el gasto por persona (cuadro 5.2).

Cuadro 5.2. Distribución del gasto por usuario en las IPSFL estudiadas. México, 1995		
Institución	Gasto anual por usuario	Población atendida
F	\$2	12,923,204
C	\$35	12,845
B	\$99	104,346
H	\$144	266,395
G	\$161	4,800
A	\$339	7,068
E	\$665	259
D	\$2,297	5,000
Total 8	\$ 467.78	13,323,917

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, Estudio IPSFL, 1995

Gasto por programa

Al parecer, este apartado presentó dificultades importantes para ser respondido, ya que sólo tres instituciones lo contestaron. Una de las instituciones proporcionó datos de 1996 a 1998, otra de ellas, para 1997 y una tercera proporcionó la información de gasto en especie para 1995.

Las instituciones estudiadas desarrollan diversos programas de salud, 80% de los cuales operan atención curativa y una proporción igual, atención preventiva. El concepto de mayor gasto es el que se refiere a la atención curativa, el cual refleja un incremento de 20% en 1997 respecto de 1996. En el año de 1995 se invirtió 28% del presupuesto en consultas y 72% en hospitalización.

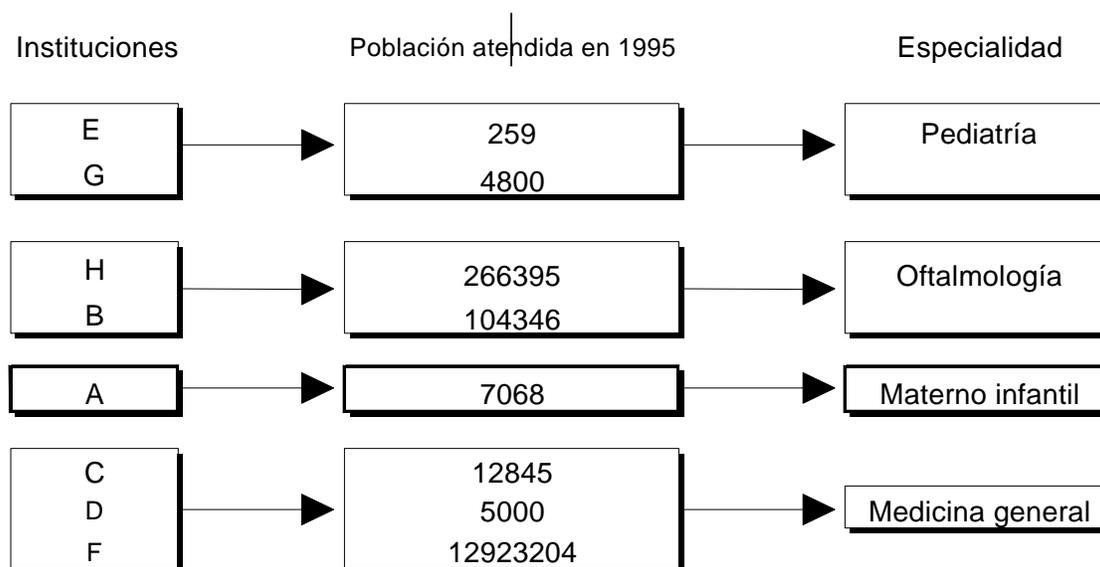
Casi dos terceras partes de las instituciones llevan a cabo programas de rehabilitación, 20% dan atención de urgencias, y otro 20% participa en el Programa de Cirugía Extramuros⁵. Sólo 11% proporciona financiamiento para adquisición de medicamentos.

En relación al tipo de especialidad que cubre la atención de las instituciones, 37% de ellas son instituciones de medicina general. Cuentan con medicina especializada de oftalmología 25% de ellas, así como 25% de pediatría y 13% se dedican a la salud materno infantil. Respecto de la población atendida por estas instituciones en 1995, 97% recibió atención de medicina general, 1% atención oftalmológica, y menos de 1% atención pediátrica y materno infantil.

Dentro del sector público, 8% de las instituciones desarrollan programas de administración y planeación, porcentaje que se reduce a 5% en el caso de las instituciones privadas. En lo referente a la atención preventiva, el porcentaje de instituciones dentro del sector público que proporcionan este tipo de atención es de 6%, a diferencia de las IPSFL, cuyo porcentaje es casi tres veces mayor. Esto puede deberse a que el sector privado intenta optimizar sus recursos al centrarse en las enfermedades prevenibles mediante métodos de promoción de la salud, con la idea de incidir más en las causas para disminuir las consecuencias.

La institución B programó una parte importante de su presupuesto para los años de 1996 a 1998 en remodelación y construcción, lo cual se tradujo en 25% y 41% del presupuesto respectivamente. Estos porcentajes se reflejaron casi inalterados en los egresos (gráfica 5.2)

Gráfica 5.2. Población total atendida por las IPSFL según tipo de especialidad. México, 1995



Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Estudio sobre las IPSFL, 1995. Total de la población atendida: 13,323,917.

⁵ El Programa de Cirugía Extramuros consiste en campañas dirigidas a la población de las zonas marginadas del país, para resolver quirúrgicamente problemas de pladar endido, labio leporino, problemas oculares, ortopédicos y, en algunos casos, estéticos, todo esto bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. El equipo viaja y atiende a la población en unidades médicas de la SSA. En él participan varias asociaciones de médicos cirujanos y gran parte de sus recursos provienen del sector privado. Los cirujanos que participan en el programa no cobran honorarios y la atención a los pacientes es gratuita, tanto en la intervención como en la rehabilitación. Además de que estas campañas son utilizadas como enseñanza a otros médicos que trabajan en las zonas apartadas.

Objeto de gasto

Este gasto se refiere a los factores de producción. El monto total de gasto de las 8 instituciones asciendió a 84 millones y se distribuye de la siguiente manera:

El concepto de servicios personales representó 30% del total de los egresos. La cantidad máxima de gasto fue de 11 millones de pesos, y la mínima, de 22 mil pesos (cuadro 5.3).

El concepto materiales y suministros agrupa gastos tanto para uso médico como los no médico - alimentos y utensilios-. Este es el egreso de mayor monto (52%). Dentro de este concepto predomina el componente de insumos médicos. El mayor gasto por este concepto fue de 22 millones de pesos y el menor, de 24 mil (gráfica 5.2).

Los bienes muebles e inmuebles es un concepto en el que gastaron 60% de las instituciones y representó 13% del gasto total. En este renglón, el mayor gasto fue de 4.7 millones de pesos y el menor, de más de 2 mil.

El concepto de servicios generales incluye componentes de servicios de apoyo que tienen que ver con asesoría y capacitación, estudios e investigaciones, subrogaciones, cuotas a organismos nacionales e internacionales y servicios asistenciales, entre otros. Este gasto es ejercido por el 75% de las instituciones, y representa uno de los más bajos (4%).

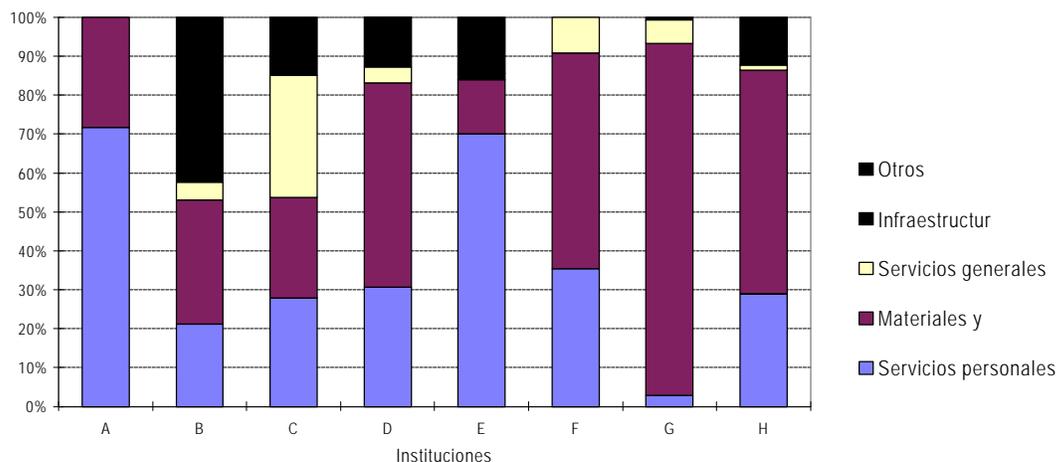
El gasto por concepto de “otros” fue poco definido por las instituciones que respondieron, por lo que se desconoce a qué se refiere. El gasto corresponde a 0.04% del total, que es el menor porcentaje de gasto. El gasto máximo fue de 24 mil pesos y el mínimo, de cuatro mil.

Objeto de gasto Institución	Servicios personales	Materiales y suministros	Servicios generales	Bienes muebles e inmuebles	Otros	Total
A	1,714,670 72%	679,956 28%				2,394,626 100%
B	2,198,427 21%	3,304,416 32%	472,345 5%	4,384,971 42%		10,360,159 100%
C	125,450 28%	116,676 26%	141,405 31%	67,619 15%		451,150 100%
D	3,517,092 31%	6,043,781 53%	472,534 4%	1450,319 13%	4,754 0%	11,488,480 100%
E	120,678 70%	24,032 14%		2,685 2%	24,829 14%	172,224 100%
F	7,414,745 35%	11,651,742 56%	1,906,649 9%			20,973,135 100%
G	22,376 3%	699,473 90%	45,986 6%		5,370 1%	773,205 100%
H	11,067,948 29%	22,027,770 58%	443,910 1%	4,725,522 12%		38,265,151 100%
Total Porcentaje	26,181,386 31%	44,547,846 52%	3,482,829 4%	10,631,116 13%	34,952 0.04%	84,878,130 100%

Fundación: Mexicana para la Salud, 1995

La gráfica 5.3 muestra la heterogeneidad proporcional del gasto según concepto. Asimismo, se observa que las instituciones registran siempre el gasto en servicios personales y materiales y suministros. Sin embargo los servicios generales y la infraestructura no se presenta en todas ellas. Algunas instituciones no utilizan el concepto de Otros para clasificar su gasto (gráfica 5.3)

Gráfica 5.3. Distribución porcentual por objeto de gasto en salud en las IPSFL. México, 1995



Consideramos importante mencionar algunas características de las instituciones que no respondieron a nuestra solicitud de información, por lo que fue necesario obtenerla a partir de la información contenida en los directorios. Fueron 14 instituciones que, en casi todos los casos, proporcionaban financiamiento a otras IPSFL, a las personas que lo requerían o a las instituciones que las atienden actuando como fondos de financiamiento. Es posible que la falta de respuesta haya obedecido a que el enfoque del formato que se les envió se centraba en forma importante en la prestación de servicios de salud.

Todas estas IPSFL trabajan con población del Distrito Federal; 90% de ellas proporciona apoyo financiero para la compra de medicamentos, arreglos de aparatos médicos, ropa, alimentos para enfermos, etc., 27% son Casa Hogar, casi la quinta parte ofrece rehabilitación, 18% da consultas y 9% lleva a cabo actividades de prevención.

Respecto de la población que atienden, 64% dirige sus actividades a la población en general, 27% a menores de edad, 18% a ancianos, y 9% a inmigrantes de otros países.

Comentarios y conclusiones

En esta última sección plantaremos las conclusiones del estudio piloto, que en una primera parte se refieren a las fuentes de financiamiento y la distribución de los recursos. También analizaremos las alternativas que las mismas IPSFL proponen tanto para mejorar sus ingresos como para optimizar los que ya tienen.

Problemas financieros manifestados por las instituciones

Todas las instituciones manifestaron escasez de donadores y de organismos de apoyo financiero. El 88% dijo que no hay continuidad en las donaciones y que no hay información disponible sobre alternativas de financiamiento. Además, hay poco contacto con los organismos o las fundaciones dedicadas al apoyo de instituciones de asistencia. Aseguran que la ley fiscal desincentiva las donaciones e informan que los trámites con el gobierno y/o los donadores consumen mucho tiempo.

En relación con las fuentes de financiamiento, la mayoría de las IPSFL consideran que tendrían que buscar un mayor financiamiento proveniente del gobierno. Sólo dos de las instituciones entrevistadas se benefician de éste. Nuestro porcentaje de 25% de las instituciones, es similar al que reporta R. Sánchez en su análisis de las fuentes de financiamiento, que es de 18%.

Las instituciones con programas de promoción, curación y rehabilitación obtienen sus ingresos primordialmente de los hogares.

Se observa que cuando la fuente de ingreso más importante para la institución es la representada por los hogares, entonces el patronato no tiene una colaboración económica significativa. Algunas instituciones mencionaron la poca capacidad de pago de los usuarios como una de las causas de sus problemas financieros, pues se trata de instituciones que buscan ayudar a los más necesitados, que son de escasos recursos.

Más de la tercera parte de las instituciones sostiene que una circunstancia importante que limita el uso eficiente de los recursos es la ineficiencia en la propia organización y en la administración de recursos.

Alternativas para mejorar el financiamiento de las instituciones no lucrativas a partir de las respuestas obtenidas se puede concluir que las instituciones consideran que deben:

- ▲ Ofrecer servicios de mayor calidad
- ▲ Optimizar los recursos tanto humanos como físicos y mejorar la rentabilidad de los activos fijos
- ▲ Brindar servicios a precios acordes al nivel socioeconómico del usuario
- ▲ Estudiar el mercado y localizar nichos donde haya demanda

Para recolectar fondos:

- ▲ organizar eventos especiales, como campañas de donaciones particulares, colectas, subastas de arte, desfiles de modas, sorteos, etc.
- ▲ realizar visitas a empresas
- ▲ Establecer contacto con organismos internacionales que puedan financiar los proyectos de salud

Alternativas que las IPSFL plantean para lograr un mejor desarrollo:

- ▲ Obtener créditos preferenciales
- ▲ Establecer alianzas estratégicas comerciales
- ▲ Mejorar la legislación fiscal para incentivar las donaciones
- ▲ Crear apoyos técnicos para acceder a financiamiento de instituciones extranjeras
- ▲ Involucrar a empresarios dentro del patronato para que brinden mayor apoyo a las IPSFL
- ▲ Mejorar la comunicación con las instituciones que brindan apoyo económico
- ▲ Diseñar un sistema de información ágil para informar a los donadores sobre sus actividades.

Por lo general, las instituciones mantienen informados a los donadores sobre el objetivo del gasto y el uso de los recursos recibidos mediante informes periódicos, reuniones evaluatorias del estado financiero de la institución, y demostraciones del desempeño de la misma.

Limitaciones del estudio

De las 23 instituciones que recibieron el cuestionario, tres respondieron que no contaban con ningún servicio de salud o financiamiento al mismo, tres más se negaron a responderlo argumentando una gran complejidad para conseguir la información, o la imposibilidad de proporcionarla por motivos de confidencialidad. De las 17 restantes, sólo 9 habían respondido al momento de concluir este documento.

Algunas de las IPSFL informaron que el formato era desconocido y complicado. En general se evidenció que las instituciones llevan un manejo heterogéneo en lo que se refiere a registro de la información; que se les dificulta modificar. Por otra parte, resulta claro que hizo falta un manual con ejemplos para el llenado del formato, mismo que les hubiera facilitado el registro de su información. Al respecto, cabe mencionar que ya se elaboró un instructivo, el cual será anexado al cuestionario en el estudio nacional.

En relación con el apartado de "clasificación programática del presupuesto", la parte más difícil de llenado del cuestionario, algunas instituciones argumentaron carecer de información suficiente, o que ésta era inexistente.

La respuesta a nuestra solicitud fue muy lenta, pues en el mes de diciembre, casi 6 meses después de haber mandado los cuestionarios, sólo se habían recibido 4 respuestas. Ciertamente, la alternativa adoptada de llamar por teléfono ayudó a acelerar la recolección de información.

Los aspectos que deberán reforzarse antes de realizar el estudio a nivel nacional son los siguientes:

- ▲ Presentar la solicitud de información de manera sencilla y comprensible para aquellos que desconocen estas formas de registro,
- ▲ Ajustar las hojas de registro para las IPSFL que actúan como fondo de financiamiento
- ▲ Identificar las fuentes de financiamiento empresariales y de hogares, así como la composición de los patronatos.

Es importante destacar que este trabajo sienta un precedente en el tema, porque la información que presenta contiene datos sobre los recursos financieros de las IPSFL de salud más importantes del país.

Más aún, algunas de ellas manifestaron que la clasificación propuesta en los cuestionarios les ayudó a conocer su flujo financiero de los últimos años. En la recolección futura de información a nivel nacional, se recurrirá a las instituciones que contestaron el cuestionario para conocer su opinión sobre el mismo y sus sugerencias para mejorarlo.

Observaciones sobre el cuestionario utilizado

- ▲ Sobre el contenido

Anotar una breve descripción del objetivo de la información que se solicita en el cuestionario. Al final de cada apartado, solicitar los subtotales para evitar que se dupliquen las cantidades. Eliminar las preguntas sobre la problemática en la obtención de recursos

Especificar mejor la pregunta relativa a la población que atienden, de forma que se logre identificar claramente la población, área de influencia y los programas de salud que realizan.

Puntualizar que la pregunta sobre el área de influencia se refiere al ámbito geográfico, esto es, local, regional o nacional.

En lo referente a los programas de salud que desarrollan se dejará cerrada la pregunta ejemplificando el contenido de cada concepto para evitar la opción de “otros”.

Personalizar cada hoja con el nombre de la institución con “footers”.

Especificar el nombre, cargo y horario de trabajo en la institución de la persona que proporciona la información.

▲ Nueva información que se propone recolectar en el estudio nacional

Monto del personal contratado y voluntario.

Financiamiento recibido expresado en forma desagregada según fuente (gobierno federal o estatal, recursos externos, empresas, hogares). Composición del patronato.

Personalidad jurídica de la institución y facultades relacionadas con la deducibilidad de impuestos.

▲ Estrategias para la recolección de la información

En la medida de lo posible, entablar contacto previo con los directivos de las instituciones y ponerlos al tanto sobre la solicitud de información y sus objetivos.

A partir del momento en que se envíe el cuestionario, iniciar un seguimiento telefónico constante del mismo.

Llevar un diario de campo que permita seguir con detalle los avances de las distintas instituciones.

Comentario final

La profesionalización de las IPSFL se está imponiendo rápidamente. Uno de los retos cruciales para las IPSFL se refiere al financiamiento de su operación y de los proyectos que impulsan. Evidentemente, el problema se ha agudizado a partir de 1994. La causa principal es que muchas IPSFL viven de donativos. En nuestro estudio, el ingreso más importante en casi todos los casos fue por concepto de las cuotas de recuperación y, en menor proporción, de donativos. Por otro lado, es necesario lograr un equilibrio entre los recursos requeridos para el funcionamiento de las IPSFL y los recursos destinados a la población necesitada. Más aún, se sabe que, con frecuencia, los recursos obtenidos se quedan en las instituciones intermedias, en los cuadros técnicos, o en las burocracias.

Para terminar, son muchas las IPSFL en las que se ha ido generando una nueva cultura de transparencia y entrega pública de cuentas, lo que sin duda les conferirá mayor credibilidad y confiabilidad frente a los diversos actores sociales, y servirá al mismo tiempo para difundir esta nueva cultura en todo el medio (FAM 1996 p. 76).

Bibliografía

- AMIS. Boletín de información sobre accidentes personales y enfermedad, México 1995.
- Berman PA. National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications. *Health Economics*. 1997. 6: 11-30.
- BID. Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996. BID. Washington 1996.
- Brailovsky V. El comportamiento económico de la medicina privada en México: análisis comparativo con el sector público. En: Julio Frenk (Ed) Observatorio de la Salud. FUNSALUD. México. 1997. Pp 215-220.
- CEMEFI. Directorio de instituciones filantrópicas 1996-1997. México 1997.
- Cruz C, Zurita B, Redorta E, Querol J. El papel del sector privado mexicano en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud. En: Innovaciones de los sistemas de salud. Una perspectiva internacional. FUNSALUD-Editorial Médica Panamericana. México 1995. pp 35-54.
- Cruz C, Álvarez F, Frenk J, Valdés C, Knaul F, Ramírez R. Las cuentas nacionales de salud. El financiamiento de los servicios de salud. Cuadernos para el análisis y la Convergencia N° 7. FUNSALUD. México. 1994.
- Frenk J., Lozano R., González MA, Zurita B., Bobadilla JL. Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final, 1994. Fundación Mexicana para la Salud.
- Foro de Apoyo Mutuo. Organismos no gubernamentales. Definición, presencia, perspectivas. México. FAM, 1996.
- Frenk J. Reformar sin deformar. *Nexos, Sociedad, Ciencia y Literatura*. Año 19 vol. XIX Núm. 223, julio de 1996.
- Frenk J. 20 años de salud en México. *Nexos, Sociedad, Ciencia y Literatura*. Año 20 vol. 20 enero 1998.
- Frenk J, Lozano R, Zurita B. Estado actual del sistema hospitalario. *Gac Méd Méx* 132. Suplemento 2. pp 183-189.
- Frenk J., Lozano R., González MA, Zurita B., Bobadilla JL. Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final, 1994. Fundación Mexicana para la Salud.
- Gajardo M. Aportes recientes de la investigación al conocimiento del tercer sector en América Latina. México UIA . Umbral XXI. 1995; 1: 44-62.
- González-Rossetti A., Soberón Acevedo, G., Frenk Mora J., Reich Michael, Martínez-Valle A. La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud. Economía y salud: documentos para el análisis y la convergencia. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1995.
- González-Block MA, Gutiérrez CE, Gutiérrez BL. Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas. En: Julio Frenk (Ed) Observatorio de la salud. FUNSALUD. México. 1997. Pp 143-172.

- Hancock G. Aid is not help, lords of poverty, the power, orestige, and corruption of the international aid business. The Atlantic Monthly Press. New York. 1989. pp 187-193.
- Hernández PP, Cruz C, Zurita B, Frenk J, Ramírez R, Álvarez F. El sistema de cuentas nacionales de salud en México. Economía y Salud. Documentos para el análisis y la convergencia No. 15. FUNSALUD. México. 1997.
- Hernández PP, Zurita B, Ramírez R, Álvarez F, Cruz C. Las cuentas nacionales de salud. En: Julio Frenk (Ed) Observatorio de la salud. FUNSALUD. México. 1997. Pp 119-137.
- Ibáñez A. JA (Coord). Conversión de deuda externa en asistencia, promoción y desarrollo. FAPRODE e Instituto de Análisis de Propuestas Sociales. IAP. México 1997. 124 p.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Censo de Población y Vivienda 1995. INEGI México 1995.
- INEGI. Censos económicos 1994. INEGI México. 1994.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Encuesta Nacional de Ingreso y gasto de Hogares (ENIGH). México 1994.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Sistema de Cuentas Nacionales de México 1988-1995. T.1,2. México 1997.
- IMSS. Memoria estadística 1995. IMSS. México 1996.
- IMSS. El seguro se fortalece para ser más seguro. IMSS. México. 1997.
- ISSSTE. Anuario Estadístico ISSSTE 1995. México.1996.
- Knaul F, Parker S, Ramírez R. El prepago por servicios médicos privados en México: determinantes socioeconómicos y cambios a través del tiempo. En: Julio Frenk (Ed) Observatorio de la salud. FUNSALUD. México. 1997. Pp 195-214.
- Lozano R, Zurita B, Brailovsky V, Ramírez T. Anexos. En: Julio Frenk (Ed) Observatorio de la salud. FUNSALUD. México. 1997.
- Lozano R. El peso de la enfermedad. Observatorio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud. México,1997.
- Mills A, Gilson L. Health economics for developing countries. A survival kit. LSHTM, 1989.
- Nigenda G. Los recursos humanos para la salud: en busca del equilibrio. Economía y salud:documentos para el análisis y la convergencia No 5. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1994.
- Ramírez-Sánchez TJ., Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 1988, 40 (1): 3-12.
- Salamon LM, Helmut KA. En busca del sector no lucrativo. UIA.. Umbral XXI. 1995. 1:7-25.
- Sánchez RR. Las instituciones de asistencia social privadas en el DF en el campo de la salud y sus fuentes de financiamiento. tesis de maestría. INSP. México, 1994.

- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. Informe final, Insituto Nacional de Salud Pública. 1995.
- Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística No. 15. Recursos y servicios, 1995. México. 1996.
- Soberón G, Valdés C. El estado, la filantropía y el bienestar social. II Encuentro Iberoamericano de Filantropía. México. 1994. pp 50-65.
- Tanzi V. The underground economy in the USA. Annual estimates 1930-1980. Staff Paper FMI. Washington 1982.
- Valdés C. Organizaciones no lucrativas y salud. FUNSALUD 1996. Boletín 5(4): 3-6.
- Valencia E, Winder D (Coord) El desarrollo, una tarea en común. Diálogos Sociedad Civil-Gobierno. Brasil, Colombia y México. México. The Synergos Institute y Red Observatorio Social. IDEA. 1997. pp 191-283.
- Villalobos J, Fernández RM. Entrevista a Rubén Aguilar Monteverde. UIA. Umbral XXI. 1995. 1: 67-70.
- Zarco MC. El tercer sector en México. Hacia una agenda de investigación. UIA. Umbral XXI. 1995. 1:38-43.
- Waldo DR. Creating health accounts for developed and developing countries. 1996. Human Development Department. USA. World Bank.